

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Edison David Endara Rodríguez con CI # 1718273285 y Carlos Francisco Padilla Hernández con CI# 0105049480, autores del trabajo de investigación titulado:

“AUTOPERCEPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DURANTE SU FORMACIÓN EN EL ECUADOR PROMOCIÓN 2014-2017” En la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación, para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 5 de enero del 2017

Edison David Endara Rodríguez

CI # 1718273285

Carlos Francisco Padilla Hernández

CI # 0105049480

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“AUTOPERCEPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS
DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DURANTE
SU FORMACIÓN EN EL ECUADOR PROMOCIÓN 2014-2017”**

AUTORES:

DR. CARLOS FRANCISCO PADILLA HERNÁNDEZ.
DR. EDISON DAVID ENDARA RODRÍGUEZ.

DIRECTOR: DR FELIPE MORENO-PIEDRAHÌTA H.
METODOLÓGICO: DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS

QUITO, DE NOVIEMBRE 2016

AGRADECIMIENTOS

Carlos:

Agradezco a todos quienes colaboraron para alcanzar este anhelo, amigos, compañeros; especialmente a Dios que ilumino mis días, a mis padres, hermanos y maestros que sin duda alguna no estuviera aquí sin su compañía.

Edison:

Agradezco al ser Divino Jehová que con su bendición permitió la culminación de este sueño, a quienes han sido luz en mi camino, y a quien se convirtió en mi mano derecha, que siempre me lleno de ilusión por alcanzar los sueños. Mi madre, hermanos, amigos, compañeros y maestros.

Queremos enfatizar un profundo agradecimiento a nuestros maestros quienes con su paciencia y dedicación han construido en nosotros lo que hoy somos, no alcanzarían estos renglones para mencionar a cada uno de ellos puesto que muchos han aportado día a día con su valioso tiempo en favor nuestro; a la institución querida, que nos vio crecer como profesionales y contribuyó con su apoyo a que las metas se cumplan.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	4
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
2.1 COMPETENCIAS – GENERALIDADES	4
2.2. COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR.....	6
2.2.1. MEDICINA FAMILIAR – GENERALIDADES	6
2.3. PRINCIPIOS DE DESEMPEÑO DEL MÉDICO FAMILIAR. SEGÚN MCWHINNEY.....	11
2.4. MODELOS DE COMPETENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR EN OTROS PAÍSES	13
2.4.1. ACGME (Consejo de Acreditación de Educación Médica para Graduados)	13
2.4.2. EURACT.....	14
2.4.3. CanMEDS COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	15
2.5. COMPETENCIAS DESCRITAS EN EL MODELO CANMEDS EN MEDICINA FAMILIAR.....	17
2.5.1. COMUNICADORES	17
2.5.2. COLABORADORES.....	18
2.5.3. GERENTE.....	18
2.5.4. DEFENSOR DE LA SALUD	19
2.5.5. ACADÉMICO.....	20
2.5.6. PROFESIONAL.....	21
2.5.7. MEDICO FAMILIAR EXPERTO.....	21
CAPÍTULO III.	23
3.1. JUSTIFICACIÓN	23
3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	24
3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.4. OBJETIVOS	24
3.4.1. OBJETIVO GENERAL	24
3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3.5. HIPÓTESIS	25
CAPÍTULO IV.....	26

METODOLOGÍA.....	26
4.1. TIPO DE ESTUDIO	26
4.2. UNIVERSO Y MUESTRA	26
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	26
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	27
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
4.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	29
4.7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	30
CAPÍTULO V.	31
RESULTADOS	31
5.1. ANALISIS UNIVARIAL PORCENTUAL.....	31
5.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO.	42
5.2.1. MÉDICO FAMILIAR EXPERTO.....	43
5.2.2. MÉDICO FAMILIAR COMUNICADOR	50
5.2.3. MÉDICO FAMILIAR COLABORADOR	53
5.2.4. MEDICO FAMILIAR ADMINISTRADOR	55
5.2.5. MÉDICO FAMILIAR ACADÉMICO.	59
5.2.6. MÉDICO FAMILIAR PROFESIONAL.....	63
5.3. ANALISIS BIVARIAL.	68
CAPÍTULO VI.	75
DISCUSIÓN Y LIMITACIONES	75
6.1 DISCUSIÓN.	75
6.2. LIMITACIONES	77
CAPÍTULO VII.	79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
7.1. CONCLUSIONES	79
7.2. RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS	82
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 2. COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR	2
ILUSTRACIÓN 3. EVALUAR COMPETENCIA Y LA PIRÁMIDE DE MILLER	3
ILUSTRACIÓN 4. COMPETENCIAS BÁSICAS DEL MÉDICO FAMILIAR	14
ILUSTRACIÓN 5. ÁRBOL WONCA, COMPETENCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESPECIALIZACIÓN	15
ILUSTRACIÓN 6. COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR SEGÚN CANMEDS-FM	16

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27
TABLA 2. EDAD DEL POSGRADISTA EXPRESADO EN FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN	33
TABLA 3. IMPORTANCIA DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL SEGÚN EL PARALELO.	42
TABLA 4. CONOCIMIENTO DE CANMEDS POR AÑO DE GRADUACIÓN.	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. AÑO DE GRADUACIÓN DE LOS RESIDENTES COMO MÉDICO GENERAL PREVIO A INGRESAR AL POSGRADO	31
GRÁFICO 2. AÑO DE RESIDENCIA EN EL POSGRADO	32
GRÁFICO 3. PARALELO DE POSTGRADO DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA PUCE PROMOCIÓN 2014-2017	32
GRÁFICO 4. EL ÁREA EN DONDE EJERCE Y SE ENTRENA COMO MÉDICO FAMILIAR	32
GRÁFICO 5. EDAD DE LOS POSGRADISTAS	33
GRÁFICO 6. SEXO MASCULINO; FEMENINO	34
GRÁFICO 7. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA MÉDICO EXPERTO	35
GRÁFICO 8. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA	36
GRÁFICO 9. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA COLABORADOR	37
GRÁFICO 10. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA GERENTE	38
GRÁFICO 11. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA PROMOTOR DE LA SALUD	39
GRÁFICO 12. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA ACADÉMICO	40
GRÁFICO 13. IMPORTANCIA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL	41
GRÁFICO 14. CONOCIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS SEGÚN CANMEDS	43
GRÁFICO 15. INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y CRÍTICA DE LA INFORMACIÓN	44
GRÁFICO 16. RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN CONSULTA	45
GRÁFICO 17. SOLVENCIA DE OTRAS PROBLEMÁTICAS DENTRO DEL CAMPO PROFESIONAL	46
GRÁFICO 18. TRABAJO EN EQUIPO	47
GRÁFICO 19. COORDINACIÓN Y CUIDADO DE LOS PACIENTES	48
GRÁFICO 20. HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	49
GRÁFICO 21. CONSENSOS TERAPÉUTICOS	50
GRÁFICO 22. ANAMNESIS VS TIEMPO	51
GRÁFICO 23. CONSIDERACIONES A LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE	52
GRÁFICO 24. CLUBES Y PREVENCIÓN PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE	53
GRÁFICO 25. REUNIONES Y SEGUIMIENTO DE CASOS	54
GRÁFICO 26. PRIORIZACIÓN DE RECURSOS	55
GRÁFICO 27. PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BASADOS EN LA SITUACIÓN DE SALUD	56
GRÁFICO 28. DETERMINANTES DE SALUD COOPERACIÓN CONTINUA	57
GRÁFICO 29. USO DE TECNOLOGÍAS PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS	58
GRÁFICO 30. EDUCACIÓN CONTINUA	59
GRÁFICO 31. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA INFORMACIÓN	60
GRÁFICO 32. ACTIVIDADES DOCENTES	61
GRÁFICO 33. INVESTIGACIÓN LOCAL	62
GRÁFICO 34. ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES Y ESPIRITUALES	63
GRÁFICO 35. DISCREPANCIA EN MANEJO DE PACIENTES	64
GRÁFICO 36. EJERCICIO MÉDICO ÉTICO DENTRO DE UN MARCO LEGAL	65
GRÁFICO 37. CUMPLIMIENTOS DE LOS ROLES DE LAS COMPETENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR	66
GRÁFICO 38. COMPRENSIÓN DE LA COMPETENCIA PROPUESTA POR CANMEDS-MF	67
GRÁFICO 39. SEXO VS ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DE PACIENTES	68
GRÁFICO 40. CONOCE CANMEDS VS AÑO DE GRADUACIÓN	69

GRÁFICO 41. CONOCE CANMEDS VS PARALELO DEL POSGRADO	70
GRÁFICO 42. CONOCE CANMEDS VS USO DE TECNOLÓGICAS	71
GRÁFICO 43. CONOCE CANMEDS VS INVESTIGACIÓN	72
GRÁFICO 44. CONOCIMIENTO DE CANMEDS POR AÑO DE POSGRADO.....	73

RESUMEN

La demanda de pacientes y las exigencias por un servicio de calidad ha aumentado exponencialmente con el pasar de los años, por lo cual es un requisito indispensable de los estudiantes en entrenamiento, desarrollar habilidades actitudes y practicas adecuadas para asegurar un buen servicio.

El estudio de las competencias en el área de la Medicina Familiar es un recurso por medio del cual se asegura la calidad y garantía de la atención que los profesionales de la salud brindan a los pacientes y comunidad en general, es así que la utilización de la investigación y estudios de caso son elementos de análisis que permiten poner en evidencia las distintas realidades que se promueven en varias zonas del Ecuador.

Se ha realizado la aplicación de una encuesta que permitió conocer las percepciones que tienen los posgradistas frente a las competencias planteadas desde la postura de CanMEDS y dibuja un contexto desde el cual se pueden ver distintas características con respecto al uso de varios recursos que actúan en beneficio de los pacientes.

Dentro de esta explicación se pudieron obtener resultados de los cuales se puede afirmar que no se cumple a cabalidad con las competencias, ello involucra una falencia en el desarrollo oportuno de las prácticas médicas, poniendo en riesgo la calidad en el cuidado de pacientes y limitando así los avances, no solo gerenciales y administrativos que pueden darse en los contextos médicos, sino también en parámetros investigativos, necesarios para impulsar el servicio de salud hacia un contexto más eficaz y positivo.

La finalidad de la lectura que se genere gracias al estudio de caso realizado en Manabí, Quito, Santo Domingo, Pedro Vicente e Ibarra promueve la postulación de recomendaciones a través de las cuales se pueda tomar medidas a futuro, puntos de referencia profesional, que direccionen las prácticas de los médicos familiares hacia un desarrollo global, en el cual el tema del médico experto, comunicación, colaboración, promotores de la salud, académico, gerente y profesional respondan adecuadamente a los desafíos que se presentan en el diario vivir de un médico especialista.

Palabras Clave: Médico familiar; Educación, basada en competencias; Autopercepción, competencias clínicas. Competencia Profesional.

ABSTRACT

The demand for patients and the requirements for a quality service has increased exponentially over the years, making it an indispensable requirement of students in training, developing skills and attitudes appropriate practices to ensure a good service.

The study of competencies in the area of Family Medicine is a resource through which ensures the quality and guarantee of care that health professionals provide to patients and the community in general, so the use of Research and case studies are elements of analysis that make it possible to highlight the different realities that are being promoted in various areas of Ecuador.

A survey was carried out that allowed to know the perceptions that have the Junior doctor in front of the competences raised from the position of CanMEDS and draws a context from which one can see different characteristics with respect to the use of several resources that act in benefit from the patients.

Within this explanation it was possible to obtain results of which it can be affirmed that it is not completely fulfilled with the competences, this involves a failure in the timely development of medical practices, putting at risk the quality in the care of patients and thus limiting The advances, not only managerial and administrative that can occur in medical contexts, but also investigative parameters, necessary to promote the health service towards a more effective and positive context.

The purpose of the reading that is promoted thanks to the case study carried out in Manabí, Quito, Santo Domingo, Pedro Vicente and Ibarra promotes the postulation of recommendations through which future action can be taken, professional points of reference that guide the Practices of family doctors towards a global development, in which the subject of the expert physician, communication, collaboration, health promoters, academic, manager and professional respond adequately to the challenges that arise in the daily life of a medical specialist.

Keywords: Physicians, family; Self-perception; Education, competency based; Clinical competence. Professional Competence

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El comportamiento humano con el pasar de los años ha ido evolucionando y cada vez ha sido para mejorar en cuanto a la formación de estudiantes, y la preparación de los médicos en general; sin embargo, no es sino hasta los años 90 donde empieza realmente una revolución en cuanto a la formación de profesionales médicos, con la introducción de modelos pedagógicos que servirían más adelante como fundamento en la formación médica profesional. (Process, 2015).

Según la historia El ACGME (Consejo de Acreditación para Educación Médica para Graduados) menciona que en los Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1840 la mayoría de los médicos fueron educados a través del aprendizaje por modelaje y muchos no asistieron a las escuelas de medicina. Sostiene, además, que en ese momento la calidad de la educación y la práctica de la medicina era cuestionables, pues no había un sistema de validación del proceso de formación. (ACGME, 1975) Lo que motivó a que en la actualidad existan entidades que se encarguen de verificar y evaluar la formación de los estudiantes, para de esta manera garantizar una atención médica de calidad.

El objetivo principal en la formación de las diferentes especializaciones médicas es el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas de salud; durante varios años la forma de evaluación de los conocimientos ha sido con exámenes y con el juicio de cada profesor, (Toledo García et al., 2002) por este motivo en países como Canadá se ha desarrollado un modelo para formación de sus estudiantes denominado CanMEDS (Saucier, 2009). Este proyecto inicia en Ontario-Canadá en 1993 teniendo como objetivo general proponer un nuevo enfoque de formación en los médicos generales y especialistas, para que el principal beneficiario sea el paciente, en cada una de sus necesidades individuales en un

marco contextual poblacional (Chile, 2013). Utilizaron varias herramientas como encuestas, estudios y tareas con altas exigencias, como resultado de esto se logró obtener competencias genéricas en diversas especialidades, entre ellas la Medicina Familiar, mismas que se grafican a continuación:

Ilustración 1. Competencias del médico familiar

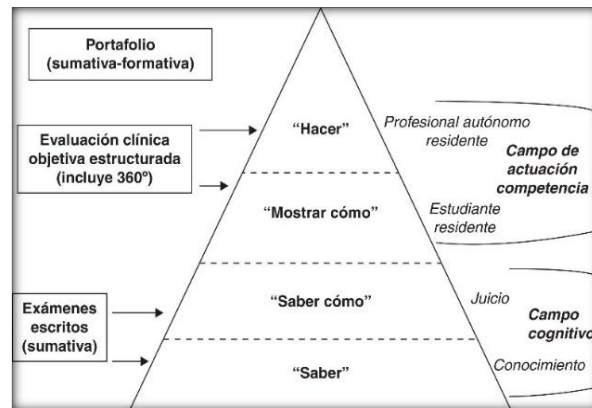


Tomado del libro: Chile C. El enfoque de la formación médica basada en competencias. Clínica Chile AG 2013; 67

Se determinó que la evaluación en educación médica es amplia y compleja, que abarca desde el aprendizaje hasta los sistemas de calidad educativa, donde existen multitud de aspectos que se deben tenerse en cuenta en los proyectos formativos (Pantoja, 2012), cabe mencionar que la Medicina Familiar es la especialidad efectora de la Atención Primaria en Salud (APS), y esto determina que la formación de cada especialista en esta rama tenga un alto nivel en cuanto a sus competencias, lo cual se traducirá en una buena práctica clínica y en un servicio de calidad, (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010). Por tanto, lo ideal sería formar médicos de familia siguiendo modelos internacionales de formación, mundialmente utilizados, para llegar a ser expertos en las diferentes competencias requeridas y manteniendo

el contexto sociocultural del Ecuador (Frank & Frepc, 2005). Miller propone una pirámide de 4 escalones y explica cómo se compone una competencia (Pantoja, 2012):

Ilustración 2. Evaluar competencia y la pirámide de Miller



Tomado del libro: La evaluación clínica objetiva estructurada Pantoja, L. M. (2012);335

El primer y segundo escalón indican el campo cognoscitivo en donde el conocimiento juega un rol esencial (Pantoja, 2012), el tercer escalón indica el campo de actuación bajo supervisión, se puede evaluar, mediante: simulación, ECOES (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) (María & Carretero, n.d.), utilización de encuestas, y más; finalmente en la cúspide luego del tercer escalón el estudiante ha terminado el proceso de formación y tiene dominio de la competencia requerida, por tanto el profesional es un ser autónomo.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 COMPETENCIAS – GENERALIDADES

Las competencias pueden ser entendidas desde diferentes contextos y realidades, como tal se enuncia desde los planteamientos de Sergio Tobón (Tobón, 2006), que esta adquiere múltiples definiciones y diversas interpretaciones, en el caso del presente estudio de investigación las competencias son entendidas como destrezas, habilidades y conocimientos que se articulan en pro de un determinado objetivo. Además, Tobón (Tobón, 2006) profundiza en esta explicación y enuncia que las competencias apelan a procesos complejos, basados en desempeños idóneos de acuerdo a cada contexto, esta argumentación es oportuna ya que, en el caso de la medicina, el profesional de la salud debe contar con características que le permitan brindar un adecuado servicio a los pacientes y a la comunidad. (Tobón, 2006)

Cabe mencionar que el concepto que envuelve a la episteme competencia no es unívoco, lo cual lo caracteriza como multidisciplinar y multidimensional, apelando con ello a la cuestión del saber-saber, saber-convivir, saber-estar, saber-ser y saber hacer. (Morales, 2014).

Entre los elementos inherentes a las competencias los procesos constituyen la primera parte de las mismas, por el hecho de que por medio de los mismos se lleva a cabo objetivos y fines concretos, denotando de esta manera la dinámica que envuelve al concepto, esta explicación se acoge a los requerimientos solicitados por ACGME, ya que el estar en constante desarrollo profesional se apela a un sentido dialéctico y transformador de las cosas. (Competencias & Tobón, 2006). (Montiela, 2011)

El segundo elemento que compone el sentido conceptual de la competencia es el tema de la complejidad, con ello se refiere a la multidimensionalidad de la palabra, es decir a la

diversidad de dimensiones que se establecen en la vida del sujeto, en el presente caso para el tema de la Medicina Familiar se constituye un espacio de conocimiento que se articula en pro del servicio de salud. (Competencias & Tobón, 2006)

El desempeño, como tercer elemento de la competencia es un parámetro de importancia, los aspectos cognoscitivos que envuelven a las diferentes competencias deben tener un determinado grado de efectividad, para la Medicina Familiar los profesionales deben de contar con capacidades que les permitan actuar oportunamente en un problema de salud. (Competencias & Tobón, 2006).

Los criterios de efectividad que se los lleva a cabo por medio de indicadores que demuestran la idoneidad de un sujeto para el adecuado cumplimiento de sus funciones dentro de un espacio específico son fundamentales para la complementación de las competencias, así se prueba la eficiencia y efectividad requerida por ACGME. (Tobón, 2006); (ACGME, 2015)

El campo disciplinar, cultural o social constituyen la suma de contextos que influyen sobre una situación determinada, en este caso el contexto, al ser el quinto elemento del aspecto conceptual de la competencia, es también el que determina el tipo de acción a llevarse a cabo, es así que para los médicos familiares en formación deben acoplarse a las exigencias establecidas por la realidad, razón por la cual deben enfrentarse a encuestas, entrevistas, cursos, talleres, y demás cuestiones de desarrollo profesional que prueben y avalen su destreza. (Tobón, 2006).

La responsabilidad, como último elemento de la competencia corresponde a uno de los más importantes parámetros conceptuales, es un ejercicio ético que permite corregir posibles errores en pro del paciente y la comunidad.

La educación que los profesionales tengan con respecto a las competencias específicas de cada trabajo o labor, es fundamental para el desarrollo oportuno de todas las actividades que se llevan a cabo en cada contexto y realidad.(Tobón, 2006).

En 2003 se presenta el proyecto alfa tuning que fue uno de los primeros en presentarse en Latinoamérica cuyo propósito fue desarrollar perfiles de carácter profesional en base a competencias genéricas y relativas a cada una de las áreas de estudio, esto sin dejar de lado las destrezas, los conocimientos y más contenidos referentes a las cuatro áreas temáticas que se encuentran dentro del proyecto. (Siufi & Wagenaar, n.d.), fue planteado y presentado a la Comisión Europa por un grupo de universidades latinoamericanas y europeas con fines educativos relacionados a las salud. (“Proyecto Tuning – América Latina 2004-2007,” n.d.).

2.2. COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR

2.2.1. MEDICINA FAMILIAR – GENERALIDADES

La Medicina Familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales tanto de las comunidades como del estado. (Miguel M, Félix J, Sansó S, Patricia A, 2011).

La Medicina Familiar procede de una rama más antigua de la medicina: la medicina general. En algunos países, la medicina general ha tenido una continuidad histórica y ha mantenido una imagen relativamente buena entre la población; en estos casos la denominación no ha cambiado.

En otros países medicina general significaba medicina de baja calidad, por lo que se tendió a cambiar el nombre; Medicina Familiar ha sido el nombre elegido para una disciplina nueva bien calificada. (Miguel M, Félix J, Sansó S, Patricia A, 2011)

La Medicina Familiar, también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta (Caballero-Rendón, 2006).

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Práctica Familiar como: la especialización médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida.

En general, en la práctica médica internacional, el término Médico de Familia se utiliza para nombrar a los médicos cuya función básica es atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área geográfica determinada.

La historia de la Medicina Familiar es la historia de la evolución de los conceptos y principios que la sustentan. Décadas de trabajo de miles de médicos de familia, en el trato con pacientes y en el ámbito académico, han permitido construir con su experiencia, su creatividad y sus trabajos de investigación, un marco teórico importante que enriquece la práctica y la disciplina de la medicina de familia.

La Medicina Familiar tiene sus orígenes en la medicina general, la que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El médico general de aquella época era responsable de la atención a familias, y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, surgió el médico de cabecera, profesional de alta calificación con conocimientos

sobre medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educacionales y matrimoniales, entre otros. Después de la presentación del informe Flexner, en 1910. En los Estados Unidos, la Medicina Familiar pierde su espacio porque la enseñanza de la medicina se orientó a la división en especializaciones. En este proceso de progresiva diferencia y ultratecnicidad de la práctica médica moderna se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente que trae aparejado la pérdida de una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se enfoca al hombre dividido en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión socio-psicológica de la necesidad de salud que presenta el sujeto concreto. Estos elementos influyeron decisivamente en el proceso de concientización social respecto a la necesidad de rescate de las bondades de la actividad del médico de cabecera.

La Medicina Familiar resurge, entonces, en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente, que retoma lo mejor de la práctica histórica de la medicina ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico técnica a un costo sostenible. En este sentido, en la década de los 40, la respuesta de los médicos generales se manifestó en la creación de academias y colegios dedicados a la medicina general para impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia. En Canadá se fundó el Colegio de Médicos de Familia en 1954. En los Estados Unidos se fundó la Medicina Familiar, en 1966, una especialidad que no existía todavía cuando el informe Willard la utiliza para denominar a una forma de atención médica que debía ser creada por exigencia de la sociedad americana que había expresado su disconformidad con el tipo de atención de la salud vigente en ese momento, basada en una medicina predominantemente tecnológica, ejercida por especialistas y provista mayormente en los hospitales o complejos centros médicos. Aunque es en 1969, con la fundación del

American Board of Family Practice y la creación de las primeras residencias para formar médicos de familia, cuando este proceso tiene su inicio oficial. (Caballero-Rendón, 2006).

En 1969, se aprobó la medicina familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de posgrado. En 1970, en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales, se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/ Médicos de Familia).

En América Latina y el Caribe comenzó la concientización para la implantación y desarrollo de programas de medicina familiar en las universidades médicas y en los años 70 comenzó la aplicación de la formación de posgrados de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Ecuador, Colombia y Venezuela

En 1978, se celebró, la Conferencia de Almá Atá, con la participación de 140 países, que concluyó con la Declaración de Almá Atá en la que se aprobó la estrategia de atención primaria como la pertinente para alcanzar “Salud Para Todos en el año 2000” En 1981, se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar en Latinoamérica. En 1991, la Declaración de WONCA afirma el papel del médico general en los sistemas de atención de salud y en 1994 se efectuó en Canadá, la Conferencia Conjunta OMS –WONCA donde determinan la función de los médicos de familia en los sistemas de salud. En 1996 , se realizó en Buenos Aires la reunión regional para las Américas sobre Medicina Familiar en la reforma de los servicios de salud (Caballero-Rendón, 2006).

El manejo de las ciencias biomédicas, humanísticas y socio médicas representan la suma de destrezas con las que debe de contar un médico familiar debidamente formado. Estas habilidades de carácter profesional le permitirán darle solución a los problemas que se presentan en el área de la salud. El reto de educación por competencias conlleva una adecuada comprensión y puesta en práctica de procesos de interacción entre el contexto del paciente y

las características de la enfermedad, logrando con ello atender las necesidades de una manera eficaz y eficiente. (Montiela, 2011)

En el caso de Ecuador la Medicina Familiar existe a partir del año 1987. En este mismo año se funda la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF), misma que estuvo sustentada por lineamientos de la CIMF y WONCA confieren: (Mcanea, 2016) (Henríquez & Sánchez, 2011).

El médico familiar se encarga de difundir elementos axiológicos y deontológicos acerca de su desempeño como médico de atención primaria. (“Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS,” 2015) (“Perfil y Competencias Profesionales del Médico en Colombia,” 2014), El 22 de octubre del 2008 en el Registro Oficial N° 449 se declara a la Medicina Familiar como especialidad médica la misma que sirve como base profesional para el desarrollo del modelo de salud actual “Modelo Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.” (MAIS-FC) (Mcanea, 2016).

El adecuado desempeño del Médico Familiar depende de los roles y destrezas profesionales que se empleen como parte del cumplimiento de las competencias establecidas e identificadas en WONCA, mismas habilidades que se detallan a continuación:

- Comprensión humana (relación médico – paciente): se establece un alto nivel de empatía con el paciente y su entorno.
- Profesionalismo como médico y docente.
- Conocimiento del perfil epidemiológico.
- Activista en pro de la comunidad y familia.
- Coordinador del trabajo en equipo.
- Ser especialista en personas.

Atributos que el Médico Familiar los brinda con efectividad y calidad científica.

Las competencias básicas con las que debe contar un Médico Familiar se constituyen en más de 100, estas que han sido definidas con el fin de evaluar las destrezas con las que tiene que contar un Médico Familiar. (Shepperd et al., 1998).

Médico Familiar debe realizar un proceso continuo de mejora con respecto a la atención primaria, incrementando de esta manera la calidad y seguridad que la atención profesional debe tener, esto sin diferenciar actividades entre asistenciales, docentes o investigativas. (Vinci, Cole, Finlay, & Murray, 2012).

La variación del valor relativo con respecto a los diferentes componentes que yacen en las competencias de los médicos de familia y en la calidad de atención médica que estos proporcionan actúan en función de un objetivo de evaluación profesional destinado a ser gestor, docente, profesional, abogado de la salud, etc. Cabe mencionar que los ya enunciados roles deberán complementarse con competencias basadas en estudios científicos, motivo por el cual se retoma las investigaciones de CanMEDS framework of the Royal College of Physicians and Surgeons de Canadá, (RCPSC), the Accreditation Council for Graduate Medical Education, the Educational Agenda of the Council of the European Academy of Teachers in General Practice, the Curriculum for Australian General Practice, y Royal College of General Practitioners in the United Kingdom, (Miguel Márquez Félix J Sansó Soberats Patricia Alonso, 2011), los cuales llegan a un acuerdo con el fin de congregar los principios de desempeño del Médico Familiar. (Rosa María Borrell, 2010).

2.3. PRINCIPIOS DE DESEMPEÑO DEL MÉDICO FAMILIAR. SEGÚN MCWHINNEY

1. Centrado en la persona
2. Entender el contexto de la enfermedad

3. Todos los contactos con sus pacientes una oportunidad para la prevención o educación en salud
4. Los pacientes en su práctica es una población en riesgo
5. Medicina Familiar nace de una de una red de toda la comunidad, como apoyo y asistencia sanitaria.
6. Idealmente compartir el mismo hábitat de sus pacientes
7. Ver los pacientes en sus hogares (visitas domiciliarias)
8. Conceder importancia a los aspectos subjetivos de la medicina
9. Administrar los recursos.

Además de estos principios según Mcwhinney; CanMEDS en el año 2009 publicó siete competencias como las ideales que todo Médico Familiar debe poseer para su buen desempeño y atención continua para el desarrollo de la sociedad. (Miguel M, Félix J ,Sansó S, Patricia A, 2011).

El estudio analítico de estas competencias desde esta perspectiva es fundamental, ya que ayuda a entender al profesional de medicina familiar diferentes conceptos: anamnesis, exploración física, comunicación medico paciente, manejo, diagnóstico- terapéutico, atención familiar, actividades preventivas, habilidades técnicas y aspectos éticos, los cuales aportan una información primordial para la evaluación. (Evans, 2008) (Espinosa, 2015). Es menester mencionar que a pesar de que la aplicación de evaluaciones llevadas a cabo en los Médicos Familiares es de suma importancia, existe aún una determinada resistencia por parte de los mismos que no quieren ser evaluados. (Shepperd et al., 1998) (Espinosa, 2015).

2.4. MODELOS DE COMPETENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR EN OTROS PAÍSES

2.4.1. ACGME (Consejo de Acreditación de Educación Médica para Graduados)

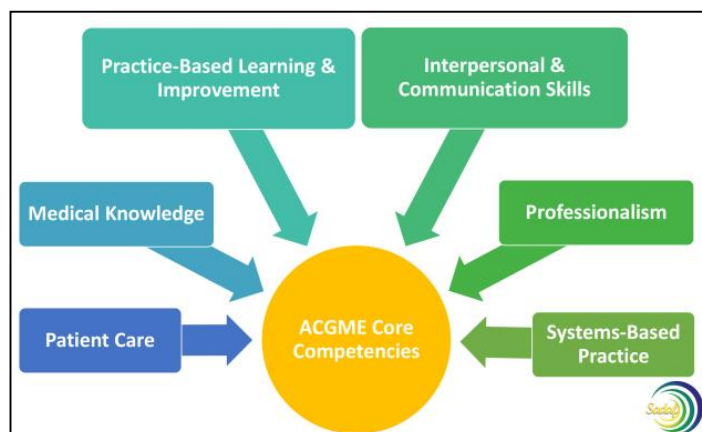
Este corresponde a un consejo autónomo, por medio del cual se evalúa y acredita a cerca de 9.000 programas de residencia médica, esto se lo lleva a cabo a través de 135 especialidades y subespecialidades en EEUU. (ACGME, 1975), por tanto, desde este consejo se dictaminan estándares de carácter educativo, requisitos que se encuentran implementados en los programas de formación del ACGME y que responde a un compromiso de mantenimiento de calidad en lo que a educación para residentes y cuidado de pacientes se refiere. (Process, 2015).

Como tal los procesos de acreditación se los pone en marcha por medio de iniciativas como la llevada a cabo por ACGME en el 2002, mediante la cual se dio a conocer un Proyecto de Resultados, que dio como consecuencia la identificación de seis competencias de carácter básico, mismas que fueron utilizadas por los programas de ACGME con el objeto de analizar y evaluar a los residentes en su formación. (Process, 2015)

A continuación, se describen:

1. Cuidado del paciente.
2. Conocimiento médico.
3. Aprendizaje y perfeccionamiento basados en la práctica.
4. Habilidades interpersonales y de comunicación.
5. Profesionalismo.
6. sistemas basados en la práctica.

Ilustración 3. Competencias básicas del médico familiar



(Tomado del libro la evaluación clínica médica ACGME 2015)

2.4.2. EURACT

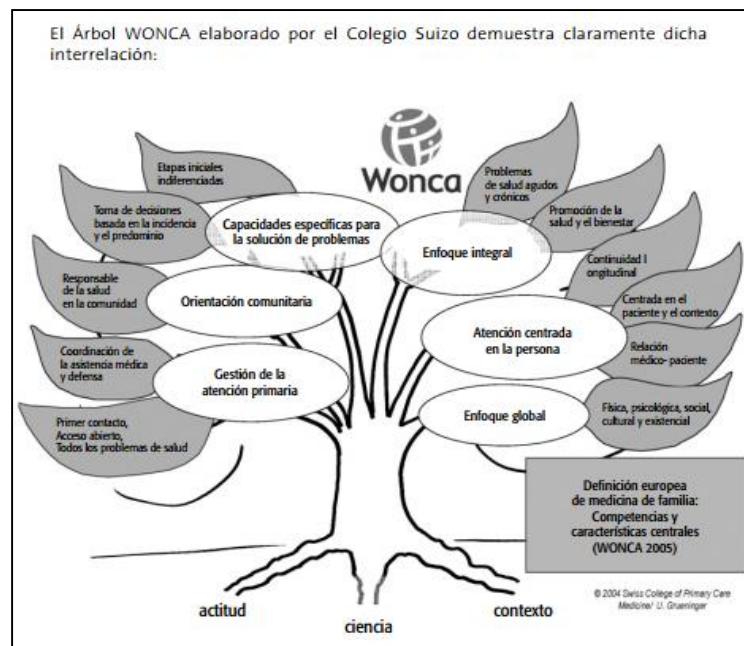
THE EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE (WONCA), Europe se caracteriza por proporcionar liderazgo y representación académicos-científicos a la disciplina de medicina de familia en todo el continente. Como tal su membresía se expande a las organizaciones académicas nacionales de medicina de familia de 30 países europeos, y la membresía directa de médicos de familia individuales. (Europe, 2002), es así su principal función es la de promover la disciplina con el fin de alcanzar y mantener altos estándares en la educación, formación, investigación y ejercicio de la profesión en beneficio de los pacientes y las comunidades. (Miguel Márquez Félix J Sansó Soberats Patricia Alonso, 2011) Para llevar a cabo este procedimiento los médicos de familia deben contar con competencias centrales, a continuación se detalla las mismas:

- Gestión de atención primaria.
- Atención centrada en la persona.
- Capacidades específicas para la solución de problemas.

- Enfoque integral.
- Orientación comunitaria.

Enfoque global. (Miguel M, Félix J ,Sansó S, Patricia A, 2011).

Ilustración 4. Árbol WONCA, Competencias y características de la especialización



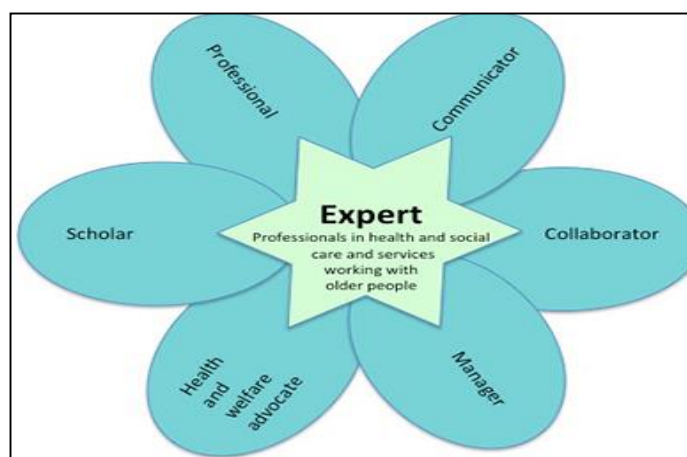
(Tomado del libro definición europea de Medicina de Familia competencias y características centrales, Bentzen, 2004)

2.4.3. CanMEDS COMPETENCIAS PROFESIONALES

El presente esquema denominado CanMEDS y que ha sido desarrollado por el Colegio Real de Médicos Y Cirujanos de Canadá se caracteriza por contar con competencias mediante las cuales se evalúa al médico especialista que se encuentra en formación, lo cual se considera como base para los diferentes programas de entrenamiento realizado por los médicos

especialistas (Frank & Frcpc, 2005); por otro lado y para el año 2009 ya se plantea una encuesta adaptada a la especialidad de Medicina Familiar (CanMEDS-MF). (Saucier, 2009). Los objetivos en los cuales se enfoca la formación CanMEDS-MF y que están dirigidos a los profesionales de la medicina es que estos deben estar capacitados como médicos familiares, categoría a la cual se le suma la de comunicador, colaborador, gestor, defensor de la salud, investigador y profesional, cada uno de estos ejes principales mantiene competencias claves que nos ayudan a optimizar habilidades, liderazgo y trabajo en equipo. (Saucier, 2009)

Ilustración 5. Competencias del médico familiar según CanMEDS-FM



(Tomado de la publicación CanMEDS, Saucier, 2009)

CanMEDS-MF además de proporcionar el desarrollo de las mencionadas capacidades también plantea un objetivo basado en la mejora y cuidado de los pacientes, esto por medio de un seguimiento basado en un programa de formación que actúa en función de las demandas planteadas por la población ("Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS," 2015) (Saucier, 2009), como tal por medio de este recurso establecido por CanMEDS-MF se desarrollan las capacidades, y por ende se profundiza en el estudio minucioso de las funciones y corresponsabilidades de los médicos familiares en su trabajo diario ya sea con el paciente o

sus familiares, otros profesionales de la salud y la comunidad en general, por lo cual toma en cuenta habilidades y técnicas clínicas, las cuales permiten involucrarse con la persona y su entorno, manteniendo de esta forma un enfoque biopsicosocial. (ACGME, 2015).

2.5. COMPETENCIAS DESCRITAS EN EL MODELO CANMEDS EN MEDICINA FAMILIAR.

A continuación, se analizarán cada una de las competencias en una breve revisión descritas en el modelo CanMEDS en Medicina familiar.

2.5.1. COMUNICADORES

Los pilares de la relación que puede haber entre médico paciente depende de la calidad de los flujos comunicacionales, como tal este recurso de información debe llevarse a cabo por medio de intercambios dinámicos que permitan analizar el antes y después de la consulta, acción para la cual es necesario identificar posibles actores que fueron parte de la relación comunicacional, tales como la familia, los cuidadores, y otros profesionales de la salud y de ramas afines.

La relación de confianza y la comunicación terapéutica son requisitos fundamentales para el establecimiento de una información oportuna hacia el paciente, logrando encontrar con ello una comprensión entre el médico y la persona que está siendo atendida, labor que también permite el traspaso de pacientes a otros profesionales, limitando así la falta de comunicación e impidiendo posibles desconfianzas en el trato esperado. (Saucier, 2009).

“Competencias claves”

- “Desarrollar una buena relación, confianza y relaciones terapéuticas éticas con los pacientes y familias.”
- “Obtener y sintetizar información y puntos de vista de los pacientes, familias, colegas y otros profesionales”

- “Transmitir información y las expectativas pertinentes a los pacientes y sus familias a colegas y otros profesionales”
- “Transmitir información oral y escrita efectiva sobre un encuentro médico”

2.5.2. COLABORADORES

La relación que pueden llegar a tener los médicos con otras personas dentro de un ambiente multidisciplinario permite que el paciente o determinados grupos de personas sean atendidos de una forma eficaz, esto por el hecho de que la colaboración mutua entre el equipo de interprofesionales, familiares, médicos y pacientes da como resultado la unión de habilidades en pro de un objetivo en común. (Saucier, 2009).

“Competencias claves”

- “Participar eficaz y adecuadamente en un equipo de atención médica interprofesional”
- “Trabajar con otros profesionales de la salud para prevenir, negociar y resolver conflictos interprofesionales.”

2.5.3. GERENTE

La participación que tienen los médicos en las organizaciones de salud es directa, esto permite que las prácticas sean sostenibles y por ende contribuyan a la efectividad del sistema de salud, esta acción de ayuda se potencia gracias a la interacción que tienen los médicos en mención con los demás miembros de salud, en este caso el médico especialista tiene la responsabilidad de gestionar la práctica de la medicina en su disciplina, de la mano de ello y por medio de su acción como gerente este debe organizar tareas y procesos de atención basados en políticas que le den un equilibrio a su vidas personales, y por ende les permita priorizar y ejecutar con

eficacia labores que deben ser llevadas en colaboración con otros colegas que le motiven a la toma de decisiones sistemáticas en la asignación de los recursos sanitarios.

Por tanto, esta participación activa entre todos los implicados debe efectuársela de una forma integral y de acuerdo a las normas que existen dentro del sistema de salud, esto con el fin de fortalecer las capacidades de los médicos, quienes para el presente estudio deben de contar con las siguientes competencias (Saucier, 2009):

“Competencias claves”

- “Participar en actividades que contribuyan a la eficacia de su cuidado de la salud organizaciones y sistemas.”
- “Administrar su práctica y la carrera de manera efectiva”
- “Servir en funciones de administración y liderazgo.”

2.5.4. DEFENSOR DE LA SALUD

Los médicos especialistas tienen el deber y responsabilidad de mejorar el sistema de salud general de los pacientes a los que se les está asistiendo, motivo por el cual es necesario que los profesionales de la salud identifiquen las actividades de promoción que serán puestos a disposición de los pacientes, familiares y comunidad en general.

Como tal el rol que desempeña el médico, es el de ayudar al paciente para que este pueda conocer el sistema de salud, y por ende el respectivo acceso a los recursos sanitarios de una forma oportuna, además, tienen el deber de identificar y abordar complejos problemas de salud que se pueden estar suscitando en la comunidad, para lo cual se requiere de esfuerzos en pro de prácticas y políticas específicas que benefician a la población, por tanto, el defender la salud constituye un acto de acción individual y colectiva llevada a cabo por medio de médicos que tienen gran influencia en la salud y políticas públicas.(Saucier, 2009).

“Competencias claves”

- “Responder a las necesidades de salud de cada paciente y los problemas como parte de la atención al paciente.”
- “Responder a las necesidades de salud de las comunidades a las que sirven.”
- “Promover la salud de los pacientes individuales, comunidades y poblaciones.”

2.5.5. ACADÉMICO

El aprendizaje reflexivo que surge en el médico y que se lo lleva a la práctica como un compromiso de ayuda y servicio es un recurso con el cual se cuenta durante toda la vida del médico, esto por el hecho de que con el fin de brindar un buen desempeño y asistencia médica, los profesionales de la salud deben estar constantemente actualizándose, esto hasta lograr que el ámbito de especialización sea totalmente dominado, logrando con ello contribuir a la creación, difusión, aplicación y traducción de los conocimientos médicos a través de maestrías que les permitan educar a estudiantes, colegas y otros.(Saucier, 2009).

“Competencias claves”

- “Mantener y mejorar la actividad profesional a través del aprendizaje permanente.”
- “Evaluar críticamente la información y sus fuentes, y aplicar esto apropiadamente a decisiones de la práctica.”
- “Facilitar el aprendizaje de los pacientes, las familias, los estudiantes, los residentes, profesionales, el público y otros según corresponda”
- “Contribuir a la creación, difusión, aplicación y traducción de nuevos conocimientos y prácticas de medicina.”

2.5.6. PROFESIONAL

El compromiso que se tiene con la salud y por ende con el bienestar de los pacientes y sociedad en general debe estar en el caso del médico reforzado con una práctica ética, misma que debe estar garantizada por medio de normas y protocolos establecidos que direccionen su papel de profesionales de la salud dentro de la sociedad, razón por la cual su maestría debe de contar con habilidades y conocimientos que tengan como base un respetivo código de ética que refuerce el compromiso ya establecido con la competencia clínica, desarrollando así actitudes, comportamientos, integridad, altruismo, que influenciarán directamente en el bienestar personal y en la promoción del bien del paciente y de la comunidad en general.

Cabe mencionar que estos compromisos sean un vínculo estrecho entre un médico y la sociedad, la cual a su vez otorga a cambio el privilegio de regulación de la profesión dirigida por el entendimiento de que son responsables los que sirve (Saucier, 2009).

“Competencias claves”

- “Demostrar un compromiso con sus pacientes, la profesión y la sociedad a través de la práctica ética,”
- “Demostrar un compromiso con la salud del médico y la práctica sostenible.”

2.5.7. MEDICO FAMILIAR EXPERTO

La entrevista puede ser entendida como un proceso comunicacional, por medio del cual se obtiene información relevante que da cabida a la presencia de nuevas interrogantes que se desarrollarán conforme avance la labor de investigación.

En el caso del contexto sanitario la entrevista es de carácter semiestructurado, esto por el hecho de que las preguntas son elaboradas con el objetivo de obtener respuestas claras en base a un tema de interés, cabe mencionar que para el presente caso de análisis investigativo las

competencias deberán evaluárselas bajo la articulación que tienen estas con el factor conocimiento, habilidades clínicas, y actitudes profesionales en base a los cuidados con los que debe contar el paciente, es así que el papel del médico experto se caracteriza por estar compuesto de diferentes competencias entre las cuales se hallan las siguientes: comunicador, colaborador, gerente, abogado de la salud, académico y profesional.

Los adecuados manejos de las capacidades en mención permiten que el médico de familia cuente con las destrezas de recoger, interpretar información, ejecutar razonamientos clínicos acertados, facilitar la toma de decisiones con respecto al diagnóstico, manejar y darle seguimiento con el objeto de disminuir en el cometimiento de errores y por ende incrementar la satisfacción que puede presentarse en el médico y el paciente. (Saucier, 2009).

“Competencias claves”

- Integrar las funciones propuestas por CanMEDS con el fin de ofrecer una atención oportuna y óptima, misma que debe estar centrada en el paciente, labor que puede ser identificada como una consultoría eficaz.
- Establecer conocimientos clínicos, habilidades y destrezas que permitan poner en práctica todo lo aprehendido.
- Realizar una evaluación completa, oportuna y adecuada en los pacientes.

CAPÍTULO III.

3.1. JUSTIFICACIÓN

La demanda de pacientes por un servicio de calidad y confiable sin duda alguna aumenta día a día, esto lo sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Chan, 2009), para alcanzar dichos objetivos se ha propuesto varios métodos de evaluación en la formación de los médicos generales y especialistas en varias ramas (Pantoja, 2012) Una de ellas la Medicina Familiar.

En la actualidad en Ecuador no existe un sistema que valide las competencias de los médicos especialistas, o que certifique los conocimientos adquiridos durante su formación, excepto el examen del Consejo de Evaluación Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES), para ejercer la medicina general (CEAACES, n.d.) faltando uno de evaluación, para los niveles siguientes, que podría ser comparado con modelos internacionales. (Acreditación, 2011) Considerando como competencias a aquellas habilidades donde la capacidad de integrar atributos profesionales genéricos, conocimientos especializados y actitudes, puedan ser aplicadas en el lugar de trabajo.

Con lo citado anteriormente se genera la necesidad de evaluar el rol del profesional del médico familiar en formación desde su propia percepción en cuanto a las competencias por lo cual consideramos necesaria la realización de un estudio que permita determinar la percepción del residente que cumple modelos internacionales de competencias.

Dado que una de las formas de obtener información es la utilización de una encuesta se pretende comparar en base a la propuesta: CanMEDS (Saucier, 2009).

Los resultados que se encuentren en esta investigación podrán servir como referencia para realizar trabajos posteriores y permitir seguir desarrollando un adecuado sistema de entrenamiento formal para los médicos residentes y sus tutores además reforzar en las diferentes áreas donde se crea que exista un déficit.

3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El médico de familia en el Ecuador desde 1987, en su práctica profesional ejerce varios roles, en diferentes escenarios mismos que han ido variando; durante el transcurso de los la demanda de pacientes y las exigencias por un servicio de calidad ha aumentado exponencialmente, por lo cual es un requisito indispensable de los estudiantes en entrenamiento, desarrollar habilidades actitudes y prácticas adecuadas para asegurar un buen servicio.

Con la presente investigación se analizará las competencias a mejorar por los posgradistas, utilizando como herramienta una encuesta de autopercepción.

3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los residentes del postgrado de Medicina Familiar de la PUCE cumplen modelos internacionales respecto a sus competencias según su percepción, durante el proceso de formación?

3.4. OBJETIVOS

3.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar la autopercepción de los residentes de Medicina Familiar en relación a sus competencias para ejercer la actividad profesional mediante el modelo CanMEDS-FM.

3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar las áreas de las competencias percibidas por los residentes como más débiles en su formación.
- Diferenciar las competencias percibidas por año de formación de los residentes del postgrado.

- Determinar si el área geográfica de formación de residente de medicina familiar es una variable que diferencia los niveles de competencia percibidos por los posgradistas.

3.5. HIPÓTESIS

La percepción de los residentes del posgrado de Medicina Familiar de la PUCE en cuanto a sus competencias es que cumple con modelos internacionales durante su proceso de formación.

CAPÍTULO IV.

METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal basado en un modelo teórico propuesto por CanMEDS, mediante la aplicación de un instrumento el cual valora 7 ejes principales en la formación del médico familiar.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 200 médicos correspondiente a la totalidad del universo de residentes registrados del posgrado de Medicina Familiar de la PUCE teniendo como parámetros de error el 5%, y un nivel de confianza del 95%, cifra que fue respaldada por el análisis de cronbach, y se la presentó por medio de la escala de liker.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes de segundo y tercer año del posgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador promoción 2014/2017, que deseen participar voluntariamente con el trabajo de investigación.
- Expresar su consentimiento informado mediante aceptación de participar en la encuesta electrónica.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Haber expresado el deseo de no participar de la investigación.
- Residentes que hayan sido suspendidos del programa regular de posgrado.

4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Competencias del residente de Medicina Familiar	Son el conjunto de atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.	<p>Sensibilización</p> <p>Conocimiento de las prácticas</p> <p>Dominio de herramientas</p> <p>Dominio metodológico</p>	<p>Médico Familiar Experto</p> <p>Médico Familiar Comunicador</p> <p>Médico Familiar administrador</p> <p>Médico Familiar Académico</p> <p>Médico Familiar Profesional</p> <p>Médico Familiar Defensor de la salud</p> <p>Médico Familiar Colaborador</p>	<p>Nunca 1</p> <p>Casi nunca 2</p> <p>A veces 3</p> <p>Casi siempre 4</p> <p>Siempre 5</p>	Variable Politécnica

VARIABLE	CONCEPTO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Características de los residentes de Medicina Familiar	Determinación de aquellos atributos peculiar que presenta una persona	SEXO DEL RESIDENTE	Masculino Femenino	Masculino :1 Femenino:2	Cualitativa Dicotómica
		EDAD DEL RESIDENTE	Años Cumplidos	Adulto joven 20- 35:1 Adulto Medio 35-65 :2 Adulto mayor Mayor de 65 años :3	Cualitativa Politómica
		AÑOS DE EXPERIENCIA DE PROFESION MÈDICA	Años Meses.	1 – 12 meses: 1 1 - 5 años: 2 5 – 10 años: 3 Más de 10 años :4	Cualitativa

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A partir de los requerimientos que explica CanMEDS se enuncia el cómo debería ser capacitado un médico de familia, se diseñó una encuesta detallada; a continuación, se transformó cada pregunta en competencia y cada ítem de las mismas, las cuales se enviaron a los postgradistas de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador del segundo y tercer año periodo 2014/2017

Se valoró el puntaje mediante la escala de Likert, como tal la muestra fue de 200 médicos participantes y el tiempo de respuesta se limitó a cinco días a partir del envío del cuestionario, con un recordatorio cada 48 horas.

La recolección de la información se realizó mediante un formato digital, enviando un enlace para acceder a la encuesta mediante correo electrónico, a los participantes que se encuentran estudiando en las modalidades de formación particular (programa abierto) y en convenio con el Ministerio de Salud del Ecuador (programa cerrado) inscritos en las sedes de Santo Domingo, Ibarra, Manabí, Pedro Vicente Maldonado y Quito, de la PUCE.

Mediante una encuesta que consta de 25 preguntas: 22 preguntas de opción múltiple, 2 preguntas abiertas, y 1 pregunta de opción sí o no, se caracteriza las competencias que según el modelo CanMEDS cumple un médico familiar durante su formación acorde a su propia percepción.

4.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico y bivariado de los resultados obtenidos se realizó mediante el programa informático SPSS Inc.

Se desarrolló un análisis sistemático de las encuestas, mismo que se describe en porcentajes, para el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron tablas, gráficos, y determinación de diferencias entre medias y varianzas.

4.7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente trabajo de investigación se realizó previa autorización de las autoridades de la DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIANTES (D.G.A) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Una vez elaborado el protocolo del trabajo de investigación, este se evaluó y aprobó por el SUBCOMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (oficio numero OEM – 0435-2016) para posteriormente proceder a su ejecución.

Para garantizar los aspectos bioéticos de esta investigación, se solicitó autorización mediante un consentimiento informado implícito QUE SE ADAPTO PARA SU ACEPTACIÓN DIGITAL. (se adjunta a los anexos 2) acepta o se abstiene de llenar el formulario, que explicaba a los médicos residentes los objetivos del estudio.

Se garantizó la confidencialidad de los datos al no divulgar los mismos a terceras personas, así como la disponibilidad de los resultados para el personal médico que participó y los docentes del programa y por solicitud de las autoridades de la PUCE (Subdecanato) mediante oficio OEM 528-2016 a través del subcomité de Bioética se realizó seguimiento del proceso de investigación.

Cabe recalcar que al no tratarse de un estudio en el cual se ponen en riesgo la vida de seres humanos ni la salud de los mismos, la aceptación fue tomada en cuenta como cierta al llenar la encuesta electrónica. para lo demás se tomaron en cuenta normas de varios comités de Ética y del de la PUCE.

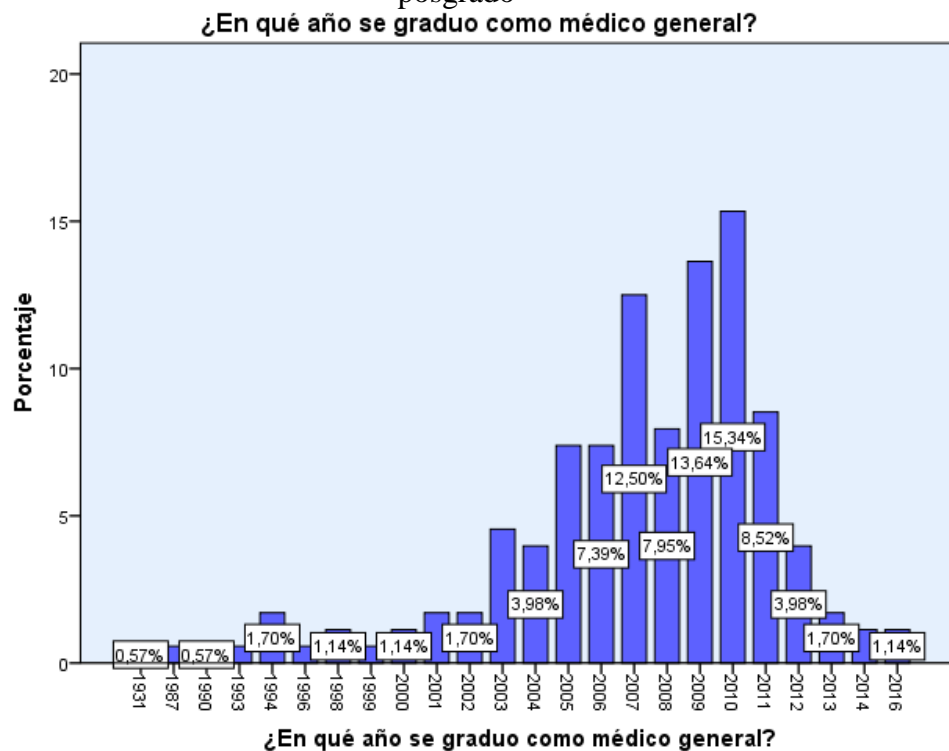
CAPÍTULO V.

RESULTADOS

5.1. ANALISIS UNIVARIAL PORCENTUAL

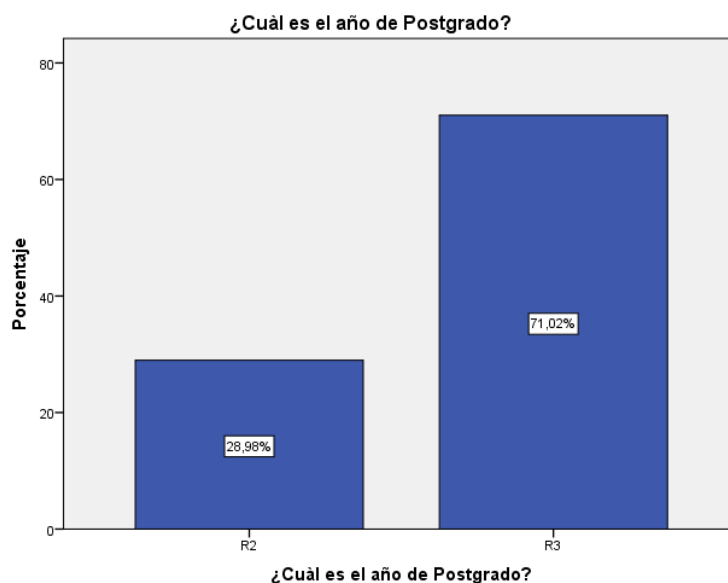
A continuación, los datos obtenidos del trabajo de investigación en porcentajes y se podrá observar los gráficos que corresponden a cada ítem del estudio.

Gráfico 1. Año de graduación de los residentes como médico general previo a ingresar al posgrado



El 1,14% de médicos graduados como médicos generales culminaron sus estudios antes de que la propuesta CanMEDS para médicos de familia, surja en Canadá.

Gráfico 2. Año de residencia en el posgrado

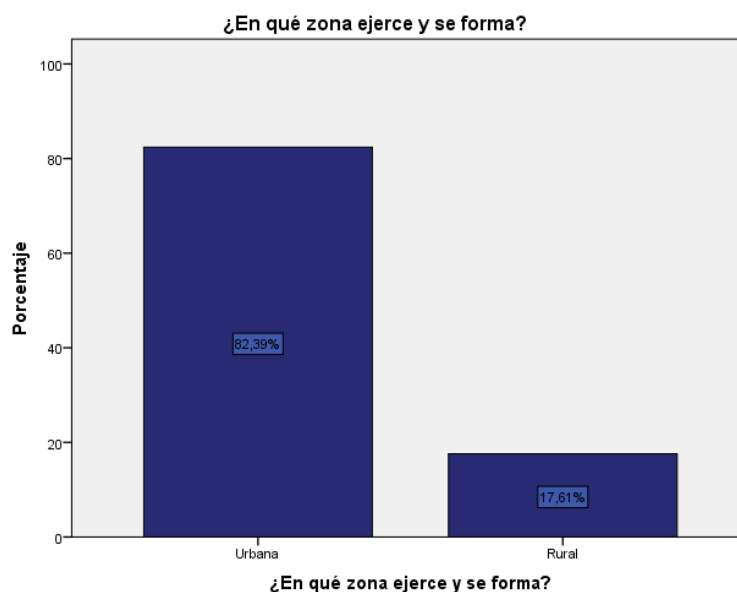


El 71,02% cursan el R3 de postgrado y el 28.98 % R2 de posgrado del total de los encuestados.

Gráfico 3. Paralelo de Postgrado de los residentes de Medicina Familiar de la PUCE promoción 2014-2017.

La gráfica indica los paralelos en donde se forman los especialistas en Medicina Familiar de la PUCE, además indica el número de estudiantes que respondió la encuesta por paralelos.

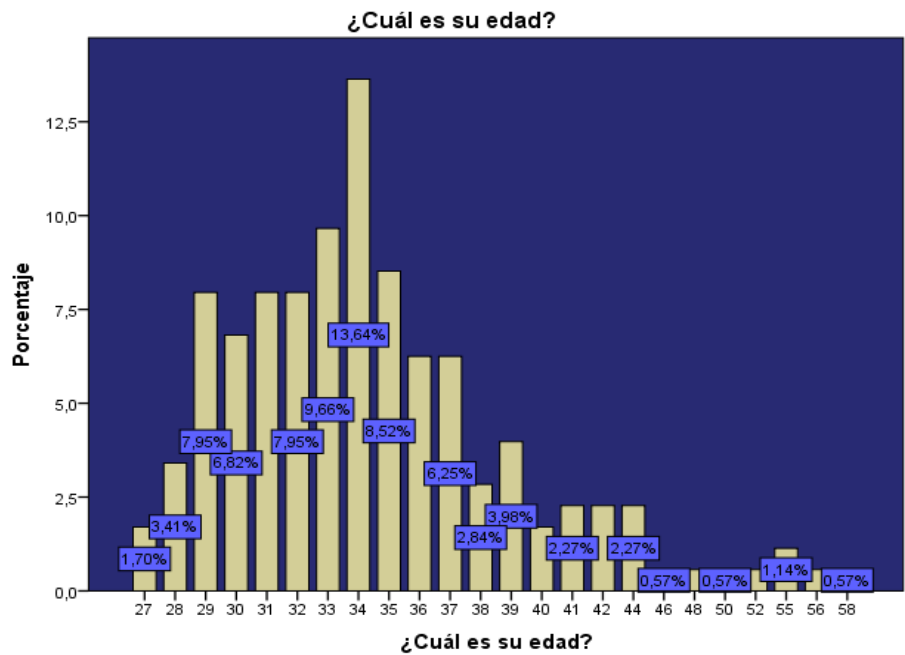
Gráfico 4. El área en donde ejerce y se entrena como médico familiar



Del total de los encuestados el 82.39 % se forma en una zona urbana y el restante 17.61 % en zona rural.

En este punto se describe la edad y sexo de los encuestados, valores que permiten identificar el target del presente trabajo de investigación.

Gráfico 5. Edad de los posgradistas



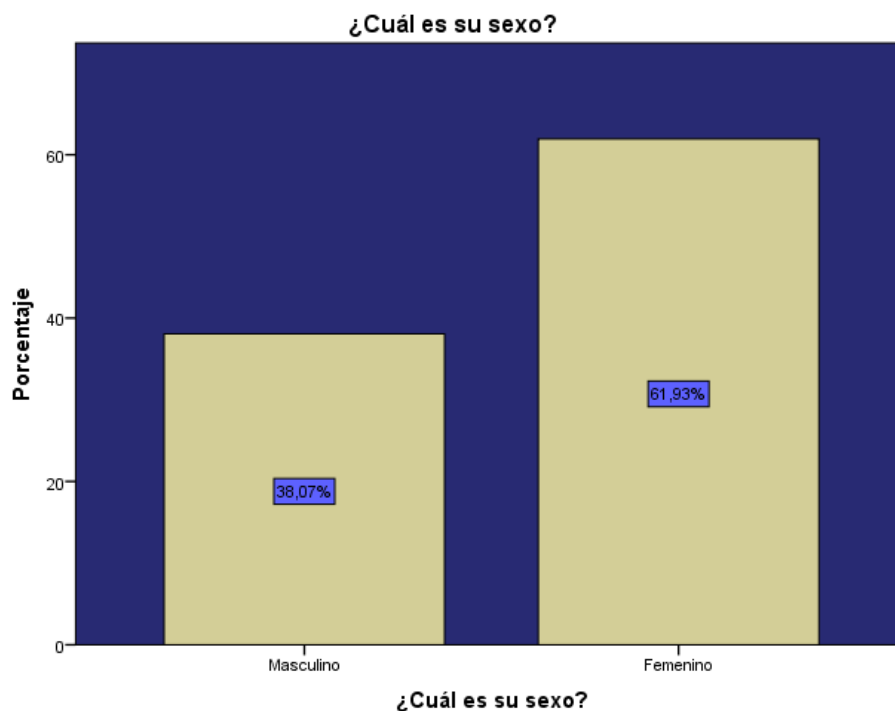
La media de residentes en relación a la edad está en 34 años de edad.

Tabla 2. Edad del posgradista expresado en frecuencia de presentación

¿Cuál es su edad?		
N	Válido	176
	Perdidos	0
Media		34,73
Mediana		34,00
Moda		34
Desviación estándar		5,474
Rango		31

La tabla 1 describe la frecuencia de edad de los estudiantes que están cursando el posgrado de Medicina Familiar en la PUCE, encontrándose una media de 34 años de edad, una mediana de 34 años de edad, una moda de 34 años de edad, con una desviación estándar de 5 y un rango mínimo de 31 años, lo cual demuestra que la frecuencia es Gaussiana y no es dispersa.

Gráfico 6. Sexo masculino; femenino



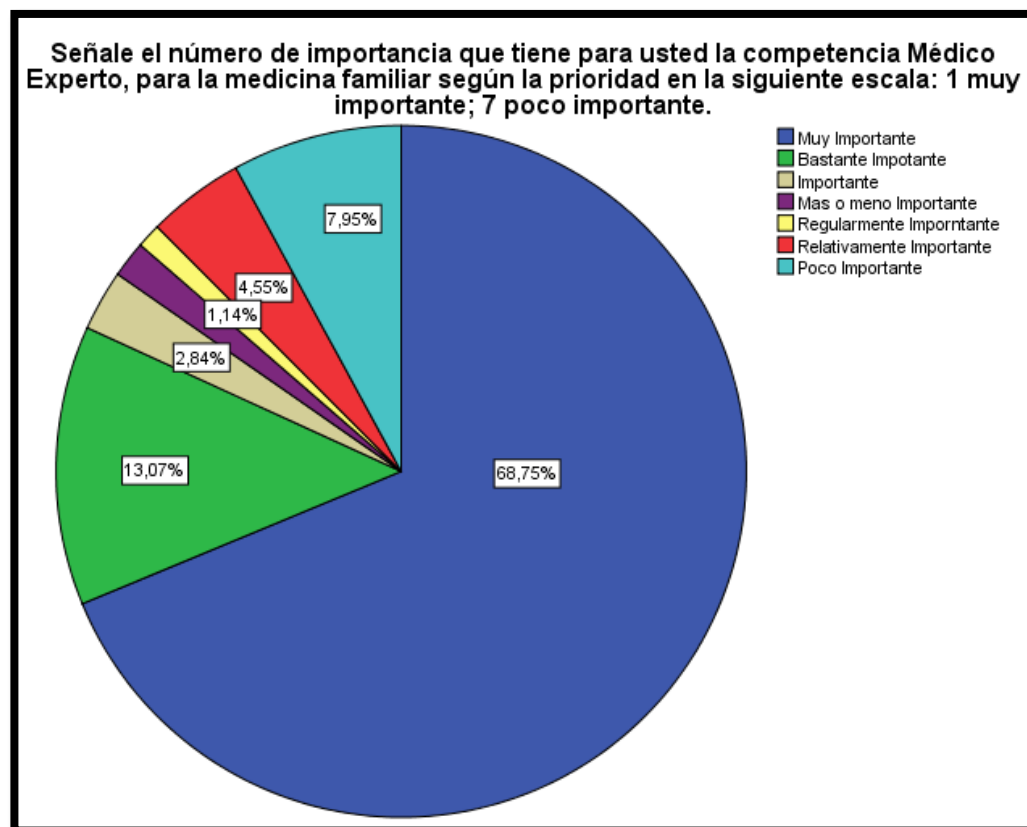
El 38.07 % son residentes de sexo masculino y el 61.93% pertenecen al sexo femenino.

A continuación, la descripción porcentual de la importancia de las 7 competencias según la percepción de los residentes.

Médico experto.

Señale el número de importancia que tiene para usted la competencia Médico Experto, para la medicina familiar según la prioridad en la siguiente escala: 1 muy importante; 7 poco importante.

Gráfico 7. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia Médico Experto

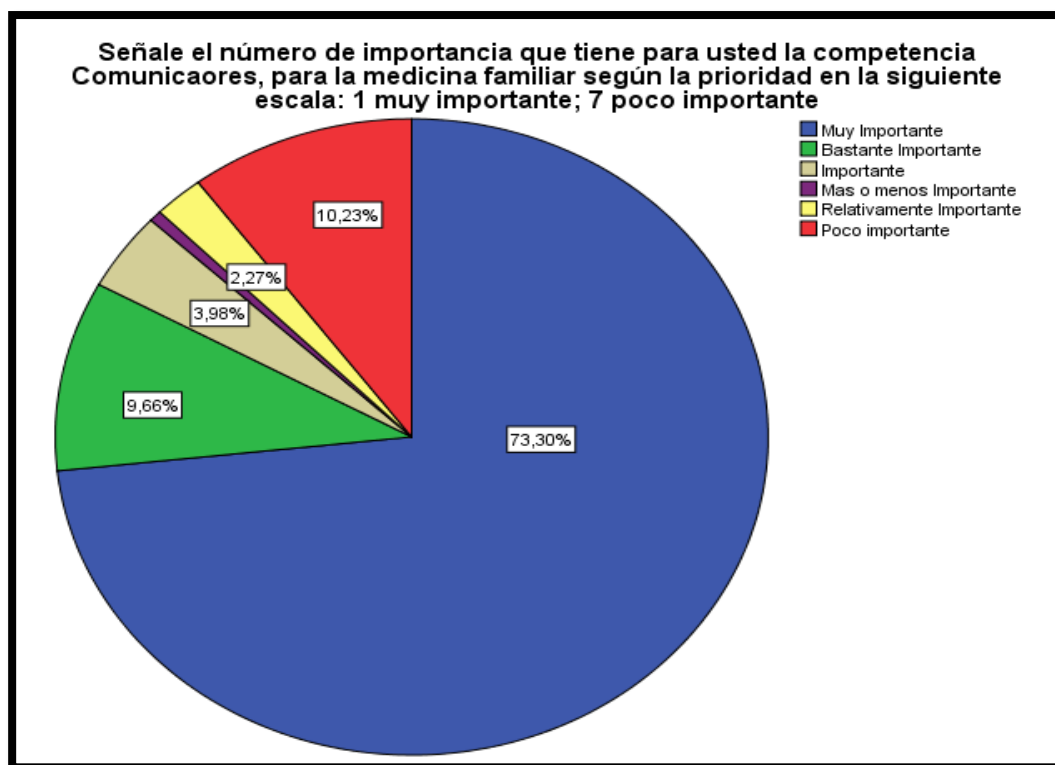


El 84.66 % que equivalente a 149 encuestados enunció que la competencia Médico Experto tiene un grado de importancia del 68,75%, que en términos generales es muy importante.

Médico comunicador

Gráfico 8. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia

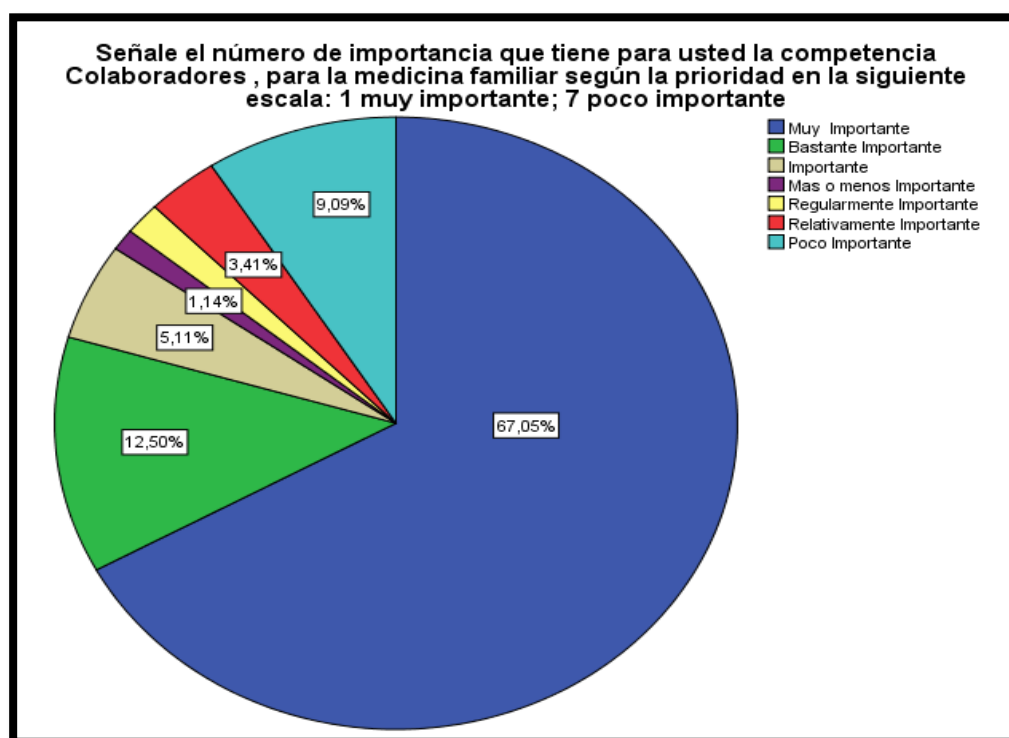
Comunicador



El 86,94% equivalente a 153 encuestados han enunciado que esta competencia es muy importante, frente a un 10,23% que cree que esta condición es poco importante.

Médico Colaborador

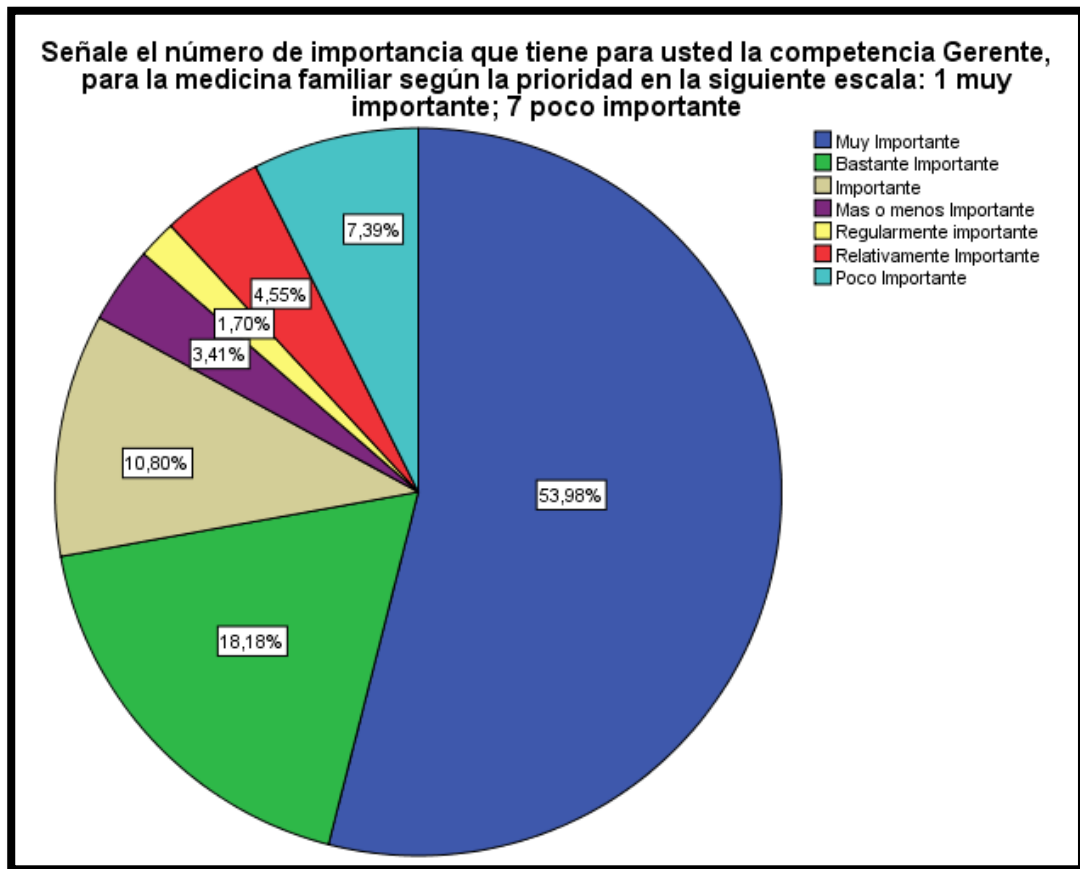
Gráfico 9. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia Colaborador



El 85,11% de encuestados enuncio que esta competencia es muy importante.

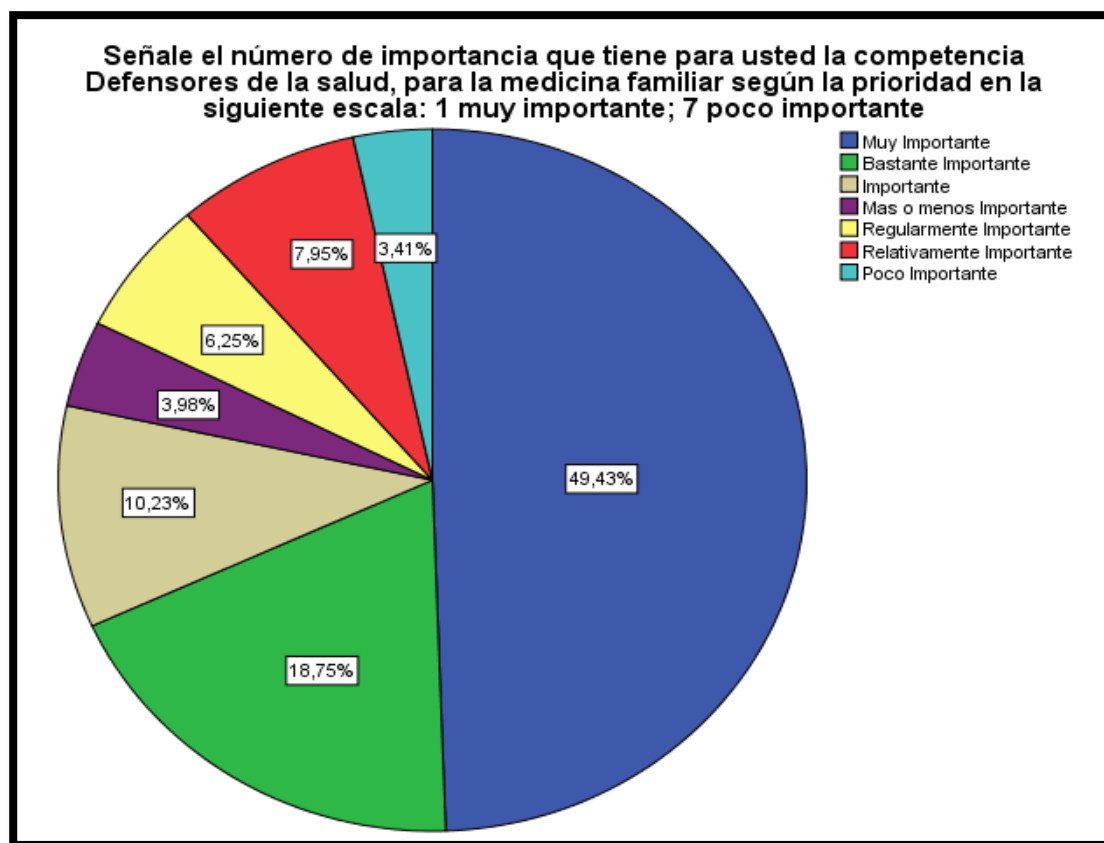
Médico Gerente

Gráfico 10. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia Gerente



El 82, 96%, considera que esta competencia es muy importante frente al 7,36% restante del total de encuestados.

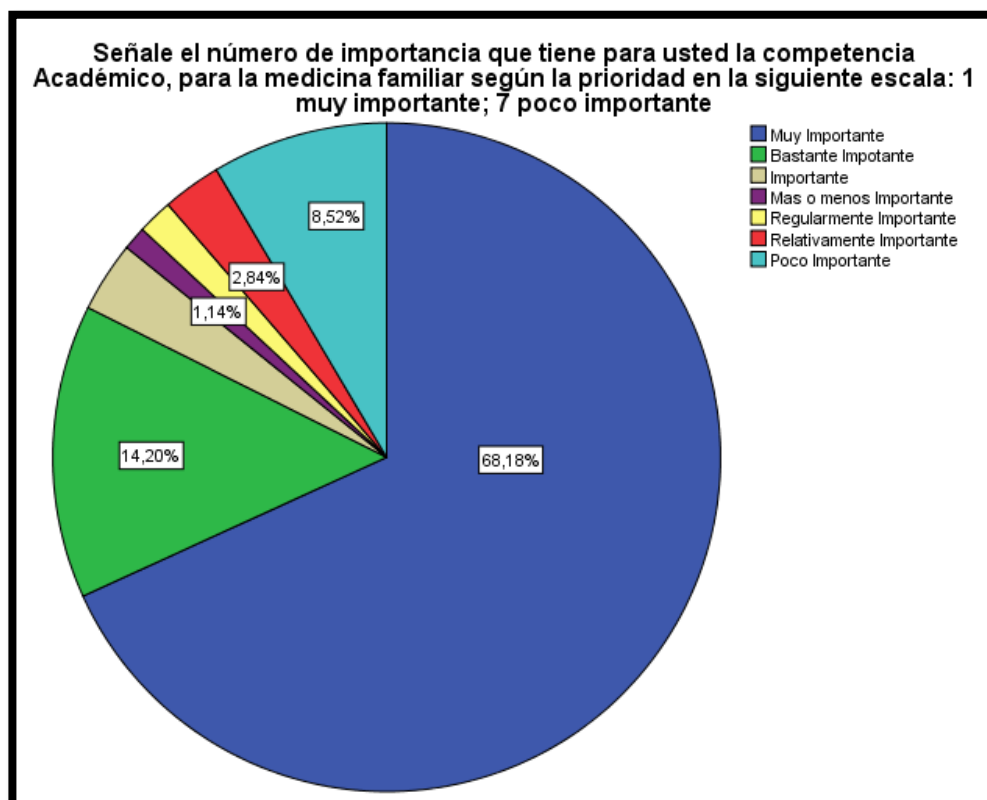
Gráfico 11. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia Promotor de la salud



El 78,41% respalda enfáticamente la competencia defensora de la salud y es un valor estadísticamente significativo.

Médico Académico

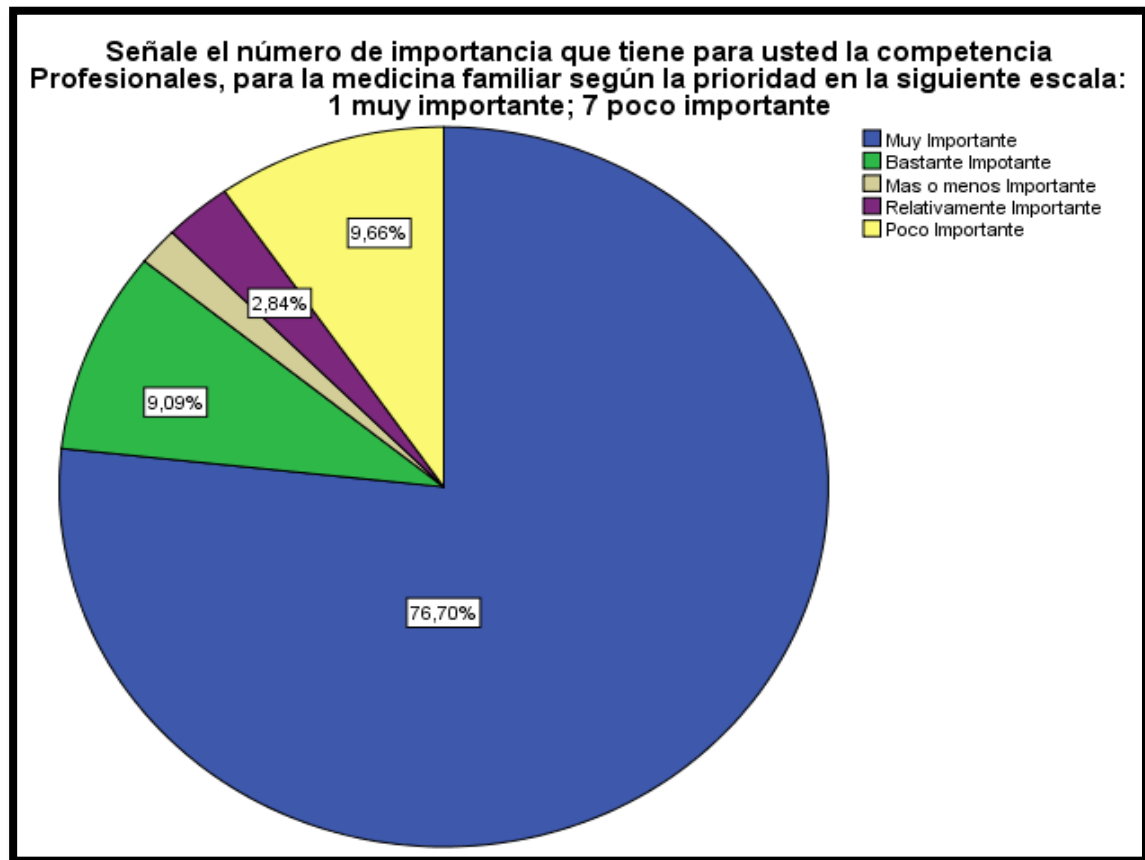
Gráfico 12. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia académico.



El 83,52% está de acuerdo que esta destreza es fundamental y de gran importancia para el adecuado desarrollo profesional, y existe una cifra mínima basada en un 8, 52%, que cree que esta condición es poco importante.

Médico Profesional

Gráfico 13. Importancia según la percepción de los residentes de la competencia Profesional



El 88,63% de posgradistas están de acuerdo en que esta competencia es muy importante frente a un 9,66% que piensa que esta condición es poco relevante para ser médico familiar.

Considerando el porcentaje total de respuestas según la prioridad de cada competencia se encontró que el 76, 7% de encuestados hace énfasis en el profesionalismo siendo así la más importante para ellos y el 49,4% hace poco énfasis en ser promotores de salud.

Tabla 3. Importancia de la competencia Profesional según el paralelo.

		Señale el número de importancia que tiene para usted la competencia Profesionales, para la Medicina Familiar según la prioridad.					Total
		Muy Importante	Bastante Importante	Más o menos Importante	Relativamente Importante	Poco Importante	
¿Cuál es el paralelo del postgrado?	Manabí	37	8	0	3	1	49
	Ibarra	40	5	0	1	4	50
	Quito	39	2	2	1	6	50
	Pedro Vicente Maldonado	3	0	0	0	1	4
	Santo Domingo	16	1	1	0	5	23
Total		135	16	3	5	17	176

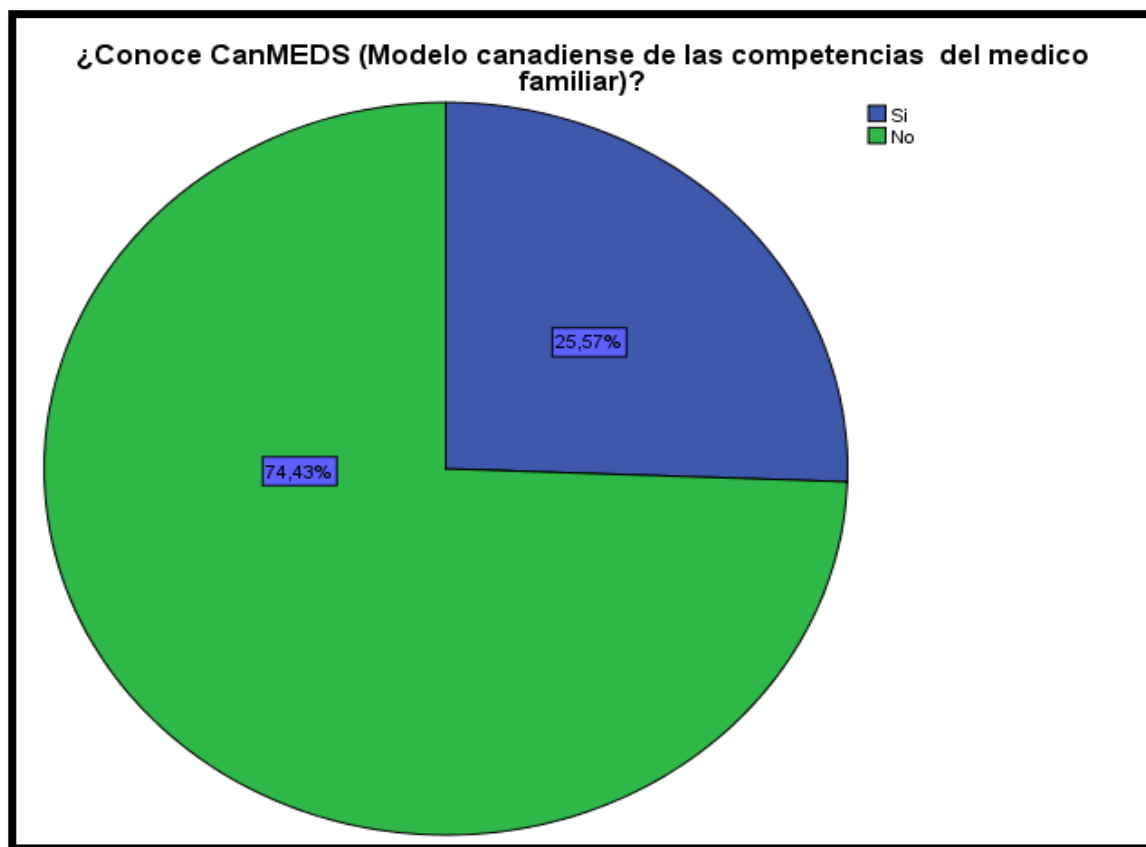
Elaborado por: Edison Endara; Carlos Padilla SPSS.

5.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO.

A continuación, se describe cada competencia con sus preguntas y respuestas según la propuesta CanMEDS.

¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)?

Gráfico 14. Conocimiento de las competencias según CanMEDS.

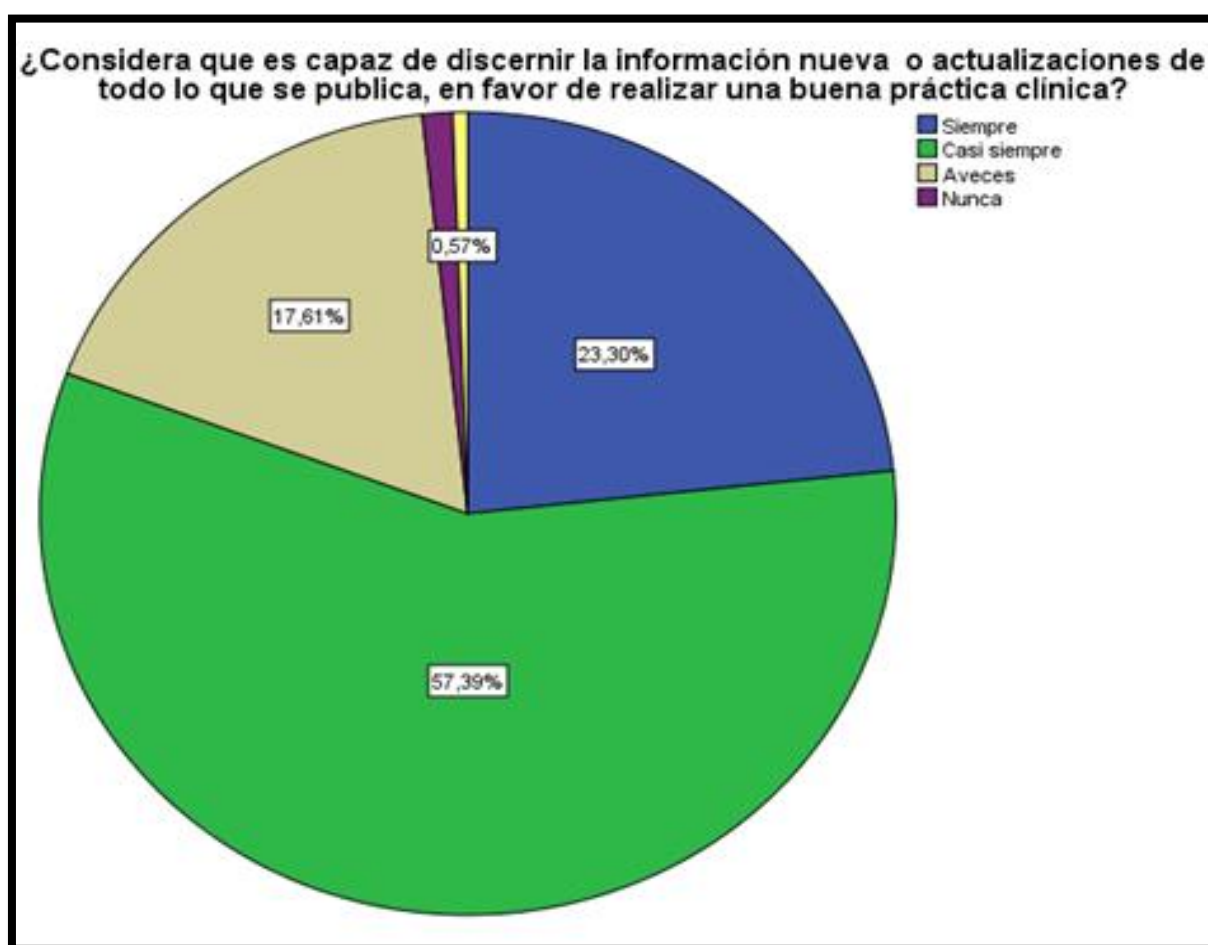


Un 74,43% no conoce acerca de las competencias que promueve CanMEDS, dejando un significativo 25,57 de posgradistas que saben del tema en mención.

5.2.1. MÉDICO FAMILIAR EXPERTO

¿Considera que es capaz de discernir la información nueva o actualizaciones de todo lo que se publica, en favor de realizar una buena práctica clínica?

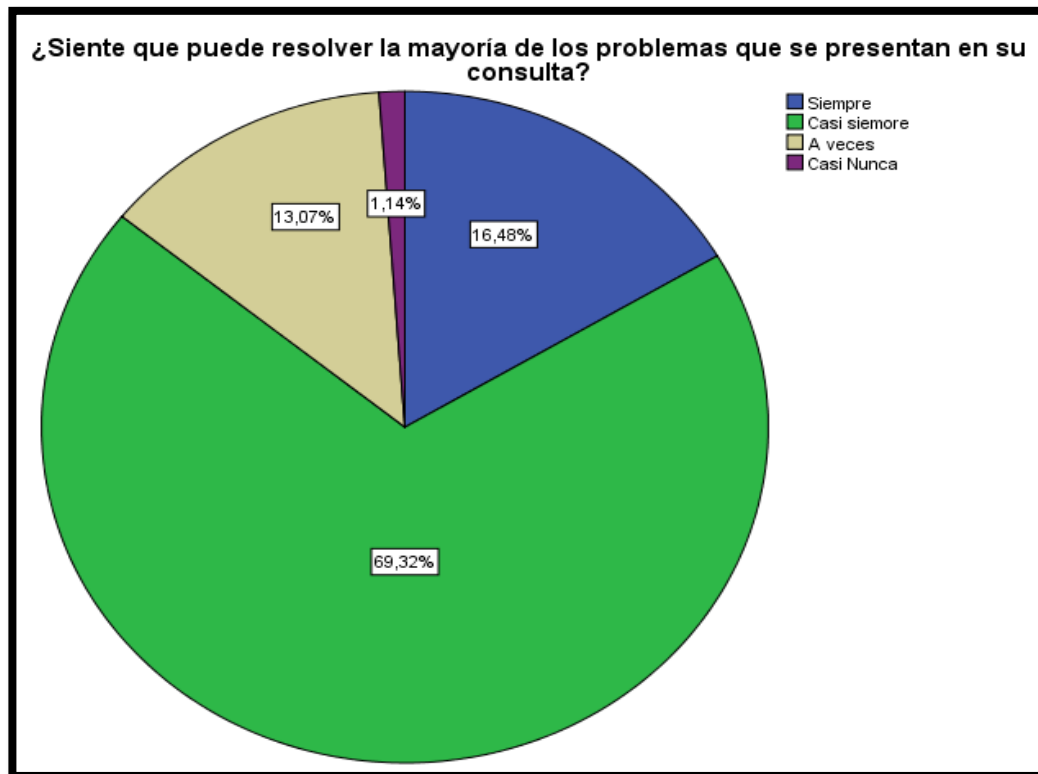
Gráfico 15.. Información actualizada y crítica de la información



Un 57,39% considera estar casi siempre cumpliendo esta condición frente al 23,30% de encuestados que considera que siempre es capaz de discernir información actualizada.

Médico familiar experto: ¿Siente que puede resolver la mayoría de los problemas que se presentan en su consulta?

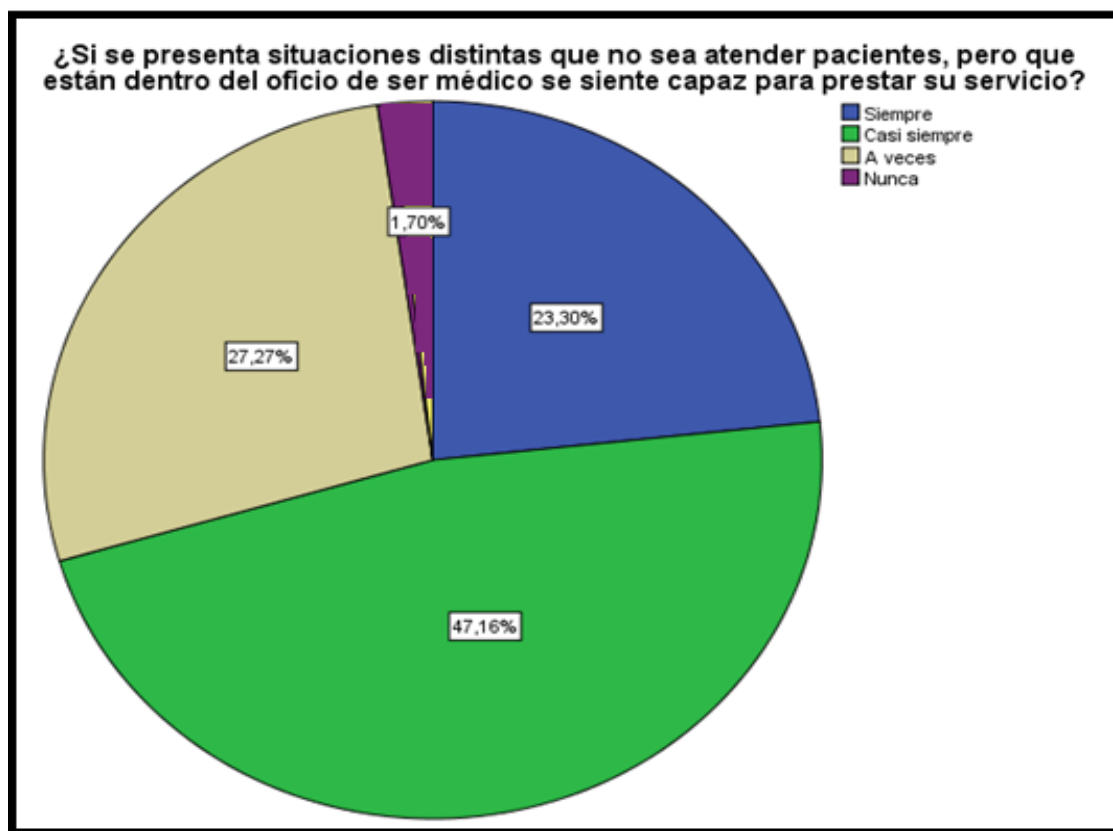
Gráfico 16. Resolución de los problemas que se presentan en consulta



Siempre y casi siempre constituyen un porcentaje significativo, de tal manera este 85,8% denota la seguridad de los posgradistas para la adecuada resolución de problemas, dejando en promedio un 14,21% que no se sienten seguros de aportar oportunamente a la resolución de problemas en el área de la medicina familiar.

Médico familiar experto: ¿Si se presenta situaciones distintas que no sea atender pacientes, pero que están dentro del oficio de ser médico se siente capaz para prestar su servicio?

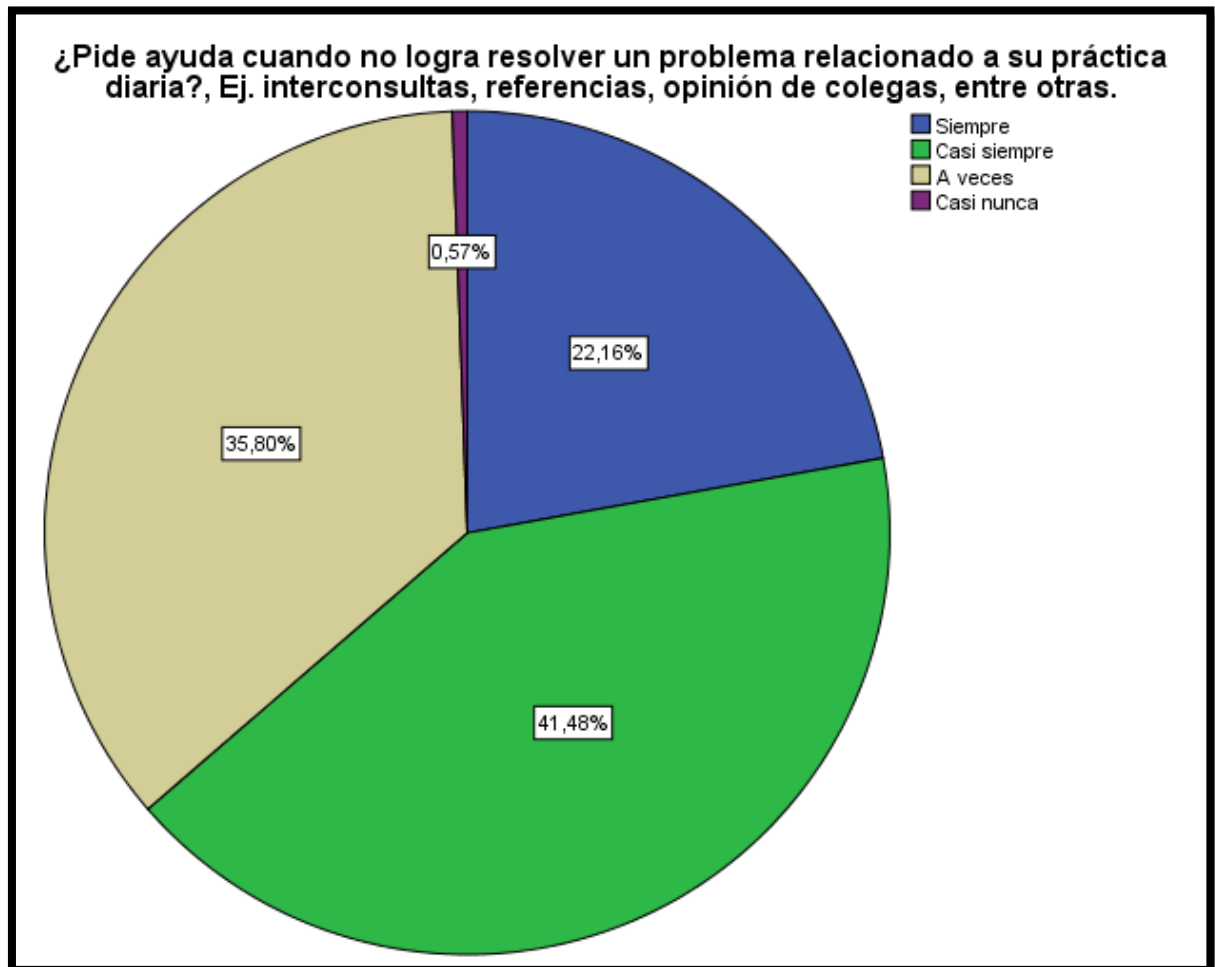
Gráfico 17.Solvencia de otras problemáticas dentro del campo profesional



EL70,46% se siente en la capacidad de prestar su servicio si el momento lo amerita, dejando un 28,9% de residentes que no se sienten en la seguridad de poder atender estas eventualidades.

Médico familiar experto: ¿Pide ayuda cuando no logra resolver un problema relacionado a su práctica diaria?, Ej. Interconsultas, referencias, opinión de colegas, entre otras.

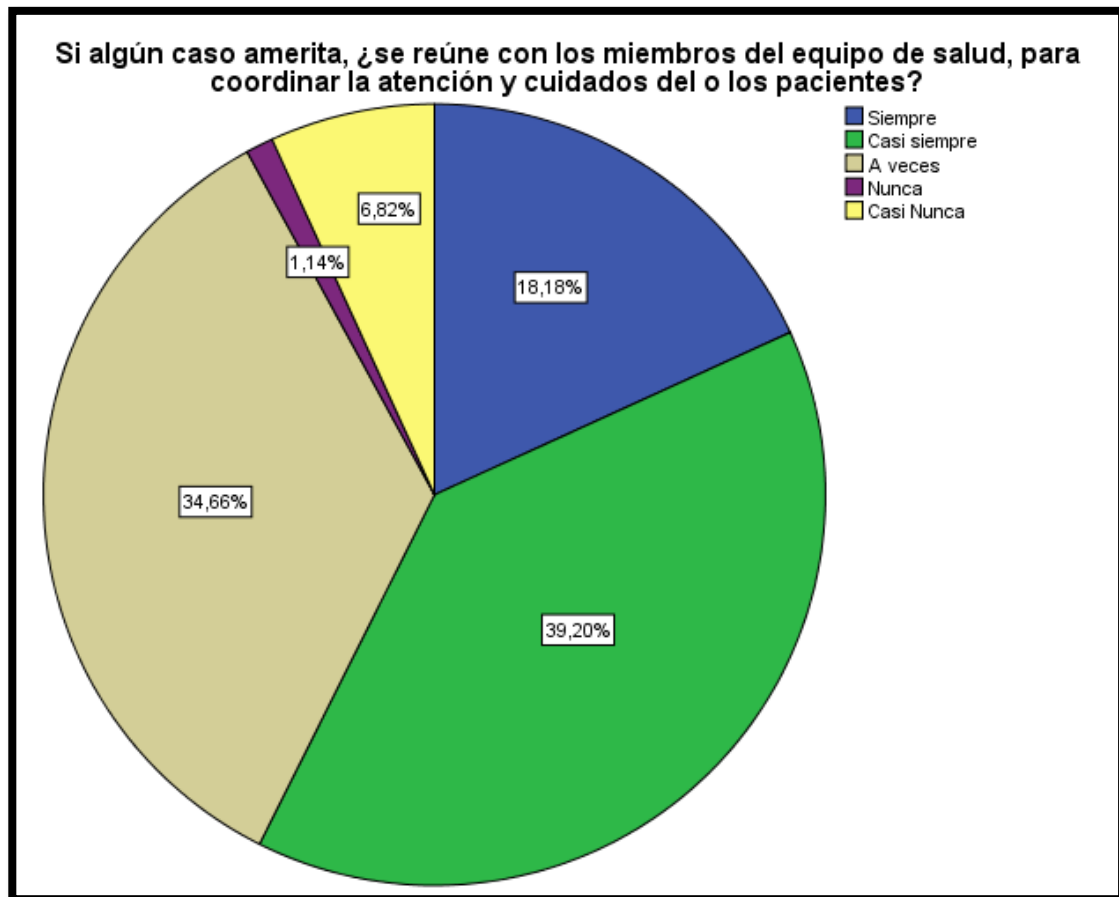
Gráfico 18. Trabajo en equipo



El 63,64% sostiene que solicita ayuda cuando lo amerita, mientras que el 36,36%, se limita o abstiene de solicitar ayuda.

Médico familiar experto: Si algún caso amerita, ¿se reúne con los miembros del equipo de salud, para coordinar la atención y cuidados del o los pacientes?

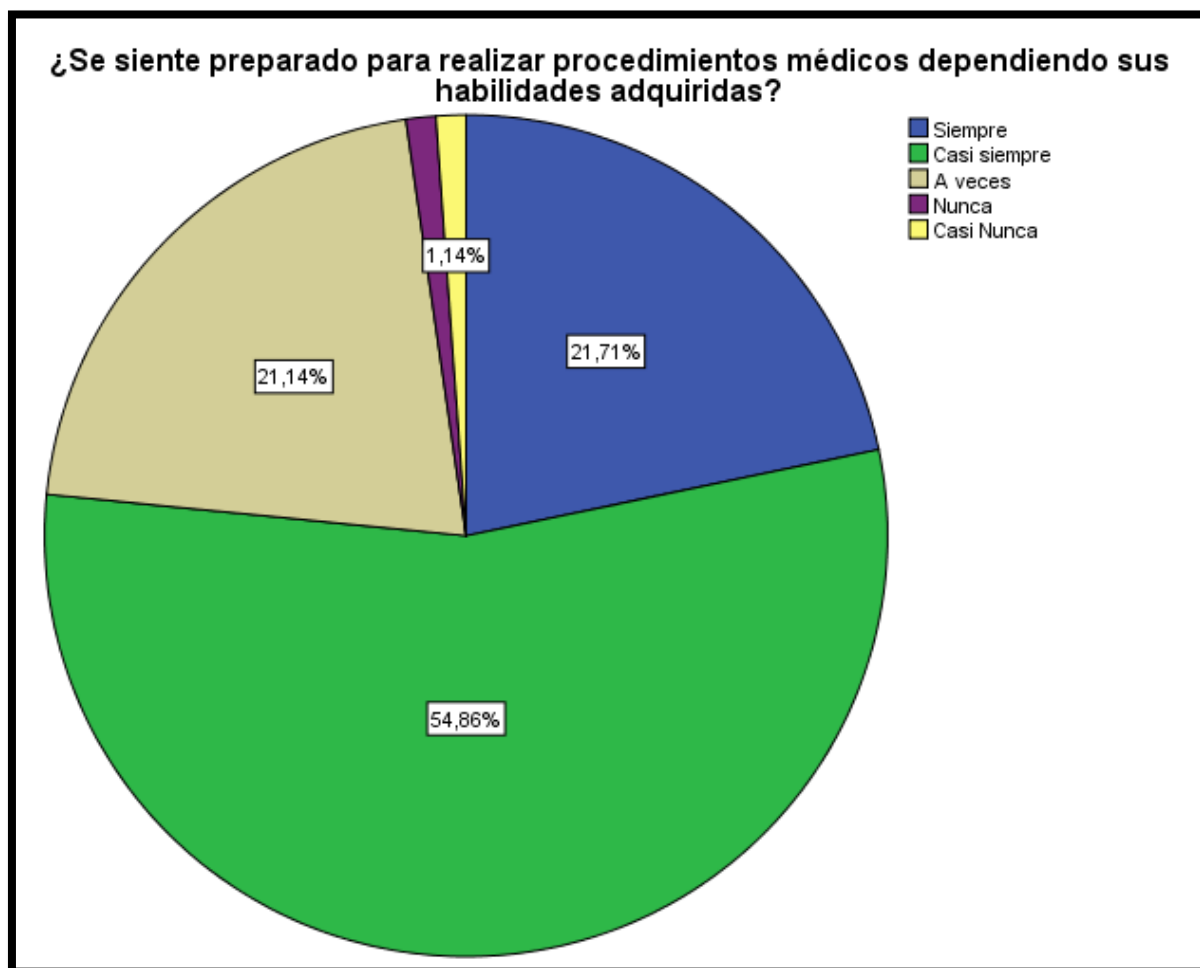
Gráfico 19.Coordinación y cuidado de los pacientes



El 57,38% de residentes encuestados mantiene reuniones y el 42,62% casi nunca o nunca mantiene reuniones.

Médico familiar experto: ¿Se siente preparado para realizar procedimientos médicos dependiendo sus habilidades adquiridas?

Gráfico 20.Habilidades y procedimientos médicos

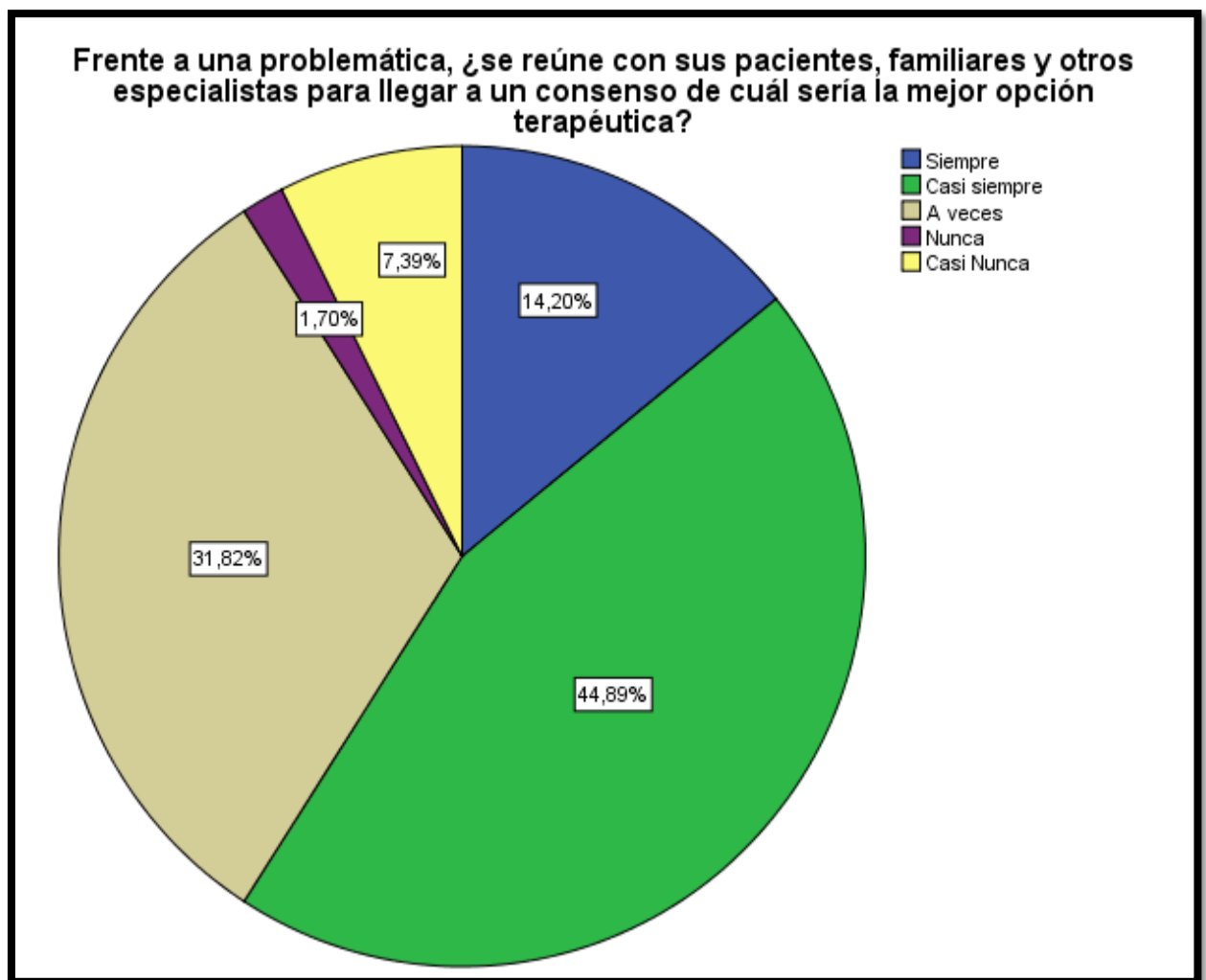


El 76,57% se siente preparado para ejercer procedimientos médicos mientras que el 23,43% a veces, nunca o casi nunca se siente preparado para realizar procedimientos médicos que se acoplen a sus habilidades.

5.2.2. MÉDICO FAMILIAR COMUNICADOR

Frente a una problemática, ¿se reúne con sus pacientes, familiares y otros especialistas para llegar a un consenso de cuál sería la mejor opción terapéutica?

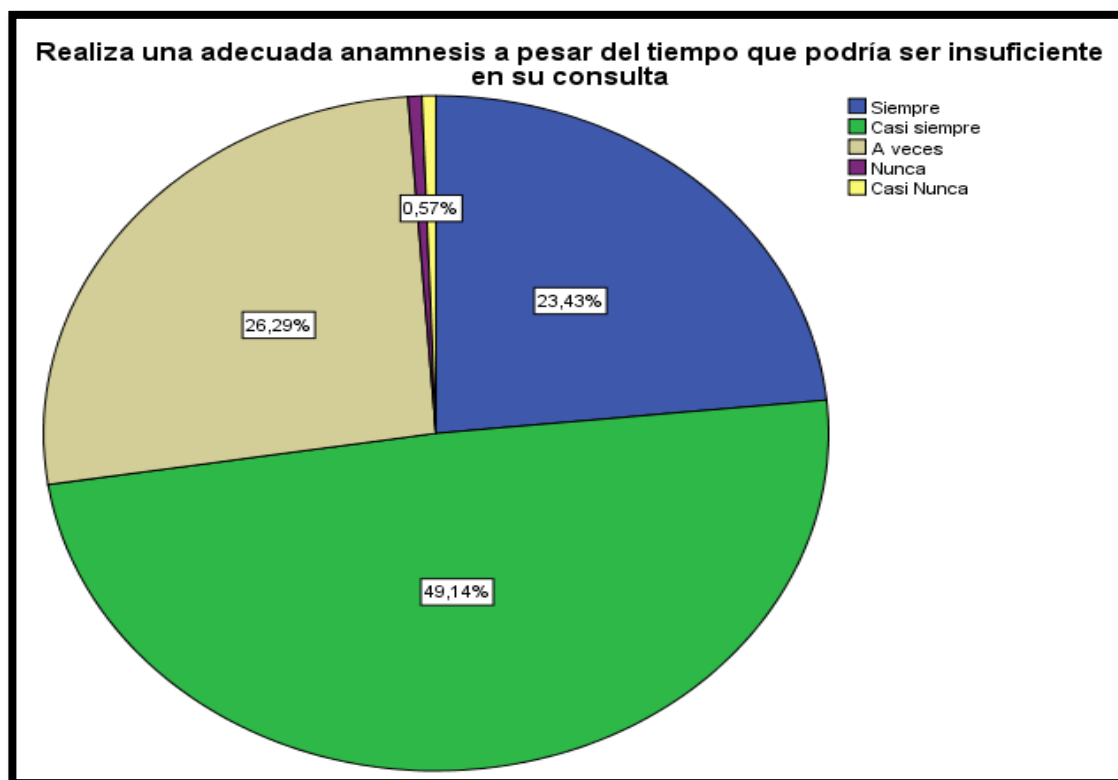
Gráfico 21.Consensos terapéuticos



El 59,09%, realiza esta actividad y el 40,91% no lo realiza

Médico familiar comunicador: ¿Realiza una adecuada anamnesis a pesar del tiempo que podría ser insuficiente en su consulta?

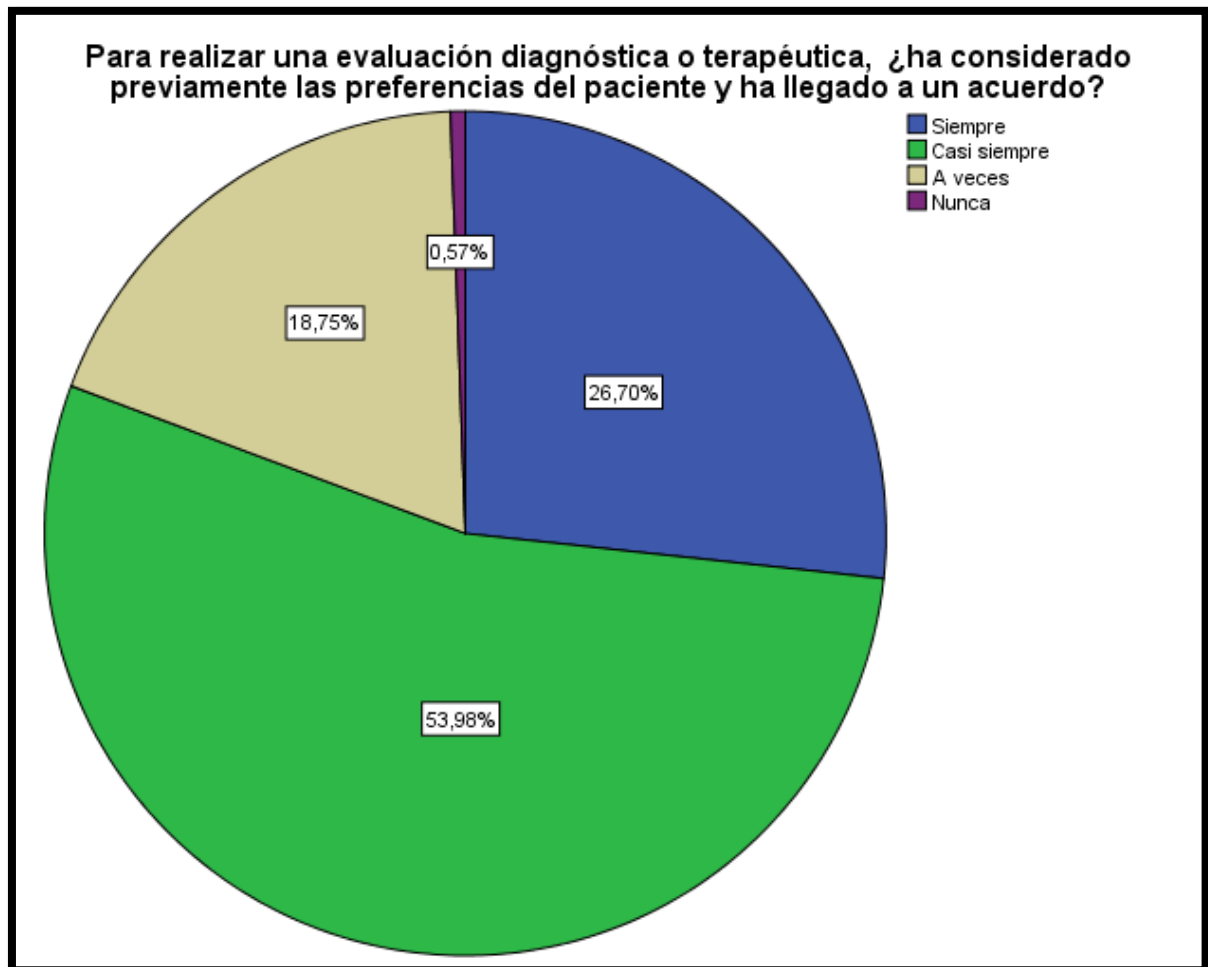
Gráfico 22. Anamnesis vs tiempo



El 72,57% considera que, si lo hace y un 27,43% indica que a veces, nunca o casi nunca lo realiza.

Médico familiar comunicador: Para realizar una evaluación diagnóstica o terapéutica, ¿ha considerado previamente las preferencias del paciente y ha llegado a un acuerdo?

Gráfico 23. Consideraciones a las preferencias del paciente.

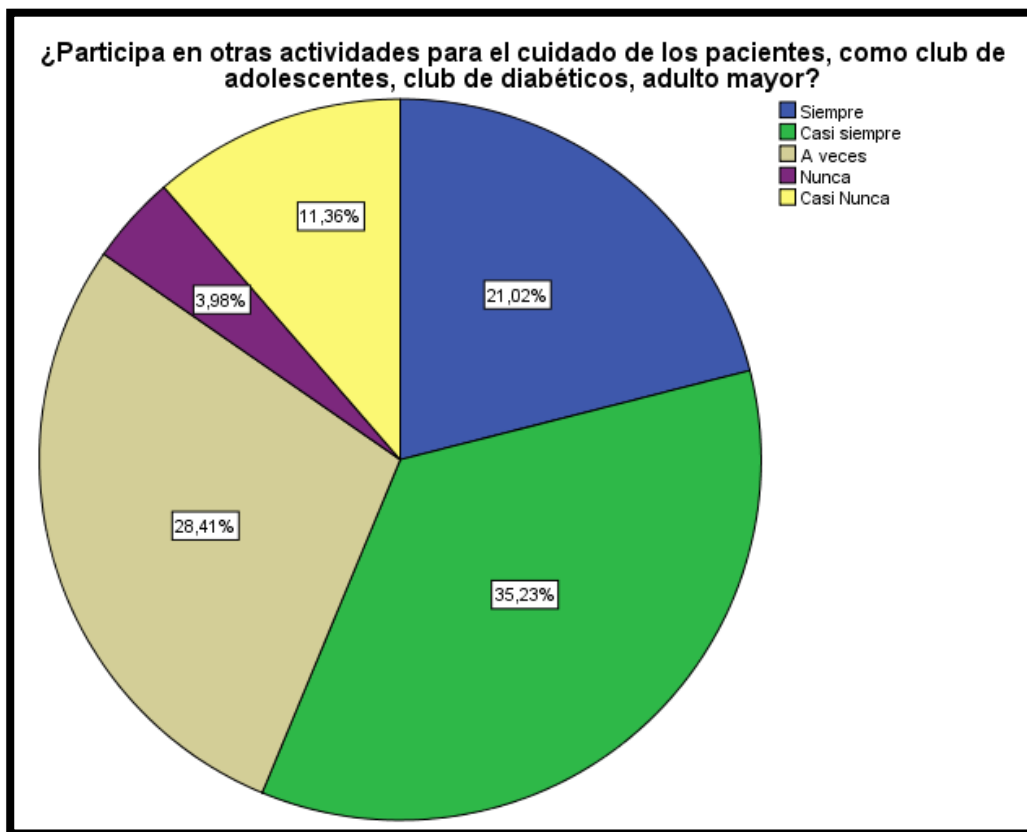


El 80,66% enuncio que, si realizan esta práctica de consulta previa, por lo cual el 19,34% menciono que no pone en práctica este recurso de interacción.

5.2.3. MÉDICO FAMILIAR COLABORADOR

¿Participa en otras actividades para el cuidado de los pacientes, como club de adolescentes, club de diabéticos, adulto mayor?

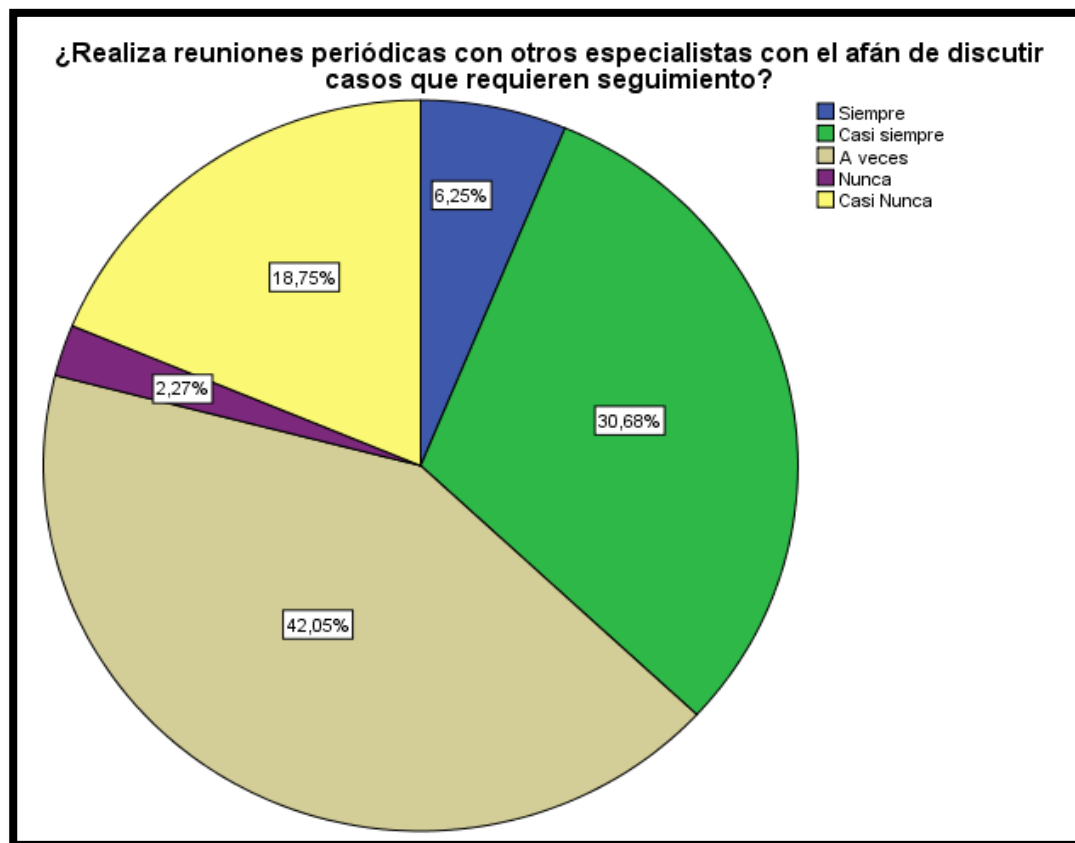
Gráfico 24.Clubes y prevención para el cuidado del paciente



La participación en clubes que tienen los encuestados llega al 56,25%, frente a un 43,75% que no se encuentran en ningún club.

Médico familiar colaborador: ¿Realiza reuniones periódicas con otros especialistas con el afán de discutir casos que requieren seguimiento?

Gráfico 25.Reuniones y seguimiento de casos

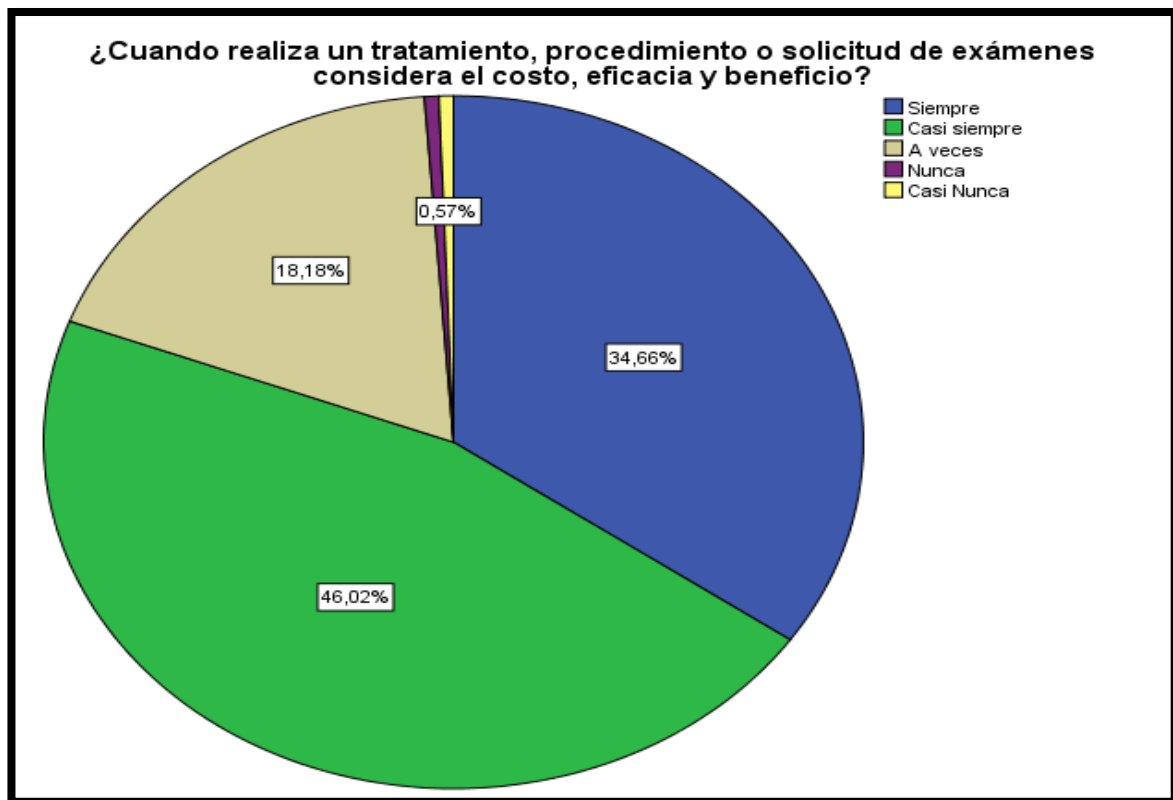


El 63,07% no mantiene reuniones de carácter periódico, dejando el 36,93% de médicos que si efectúan esta práctica.

5.2.4. MEDICO FAMILIAR ADMINISTRADOR

¿Cuándo realiza un tratamiento, procedimiento o solicitud de exámenes considera el costo, eficacia y beneficio?

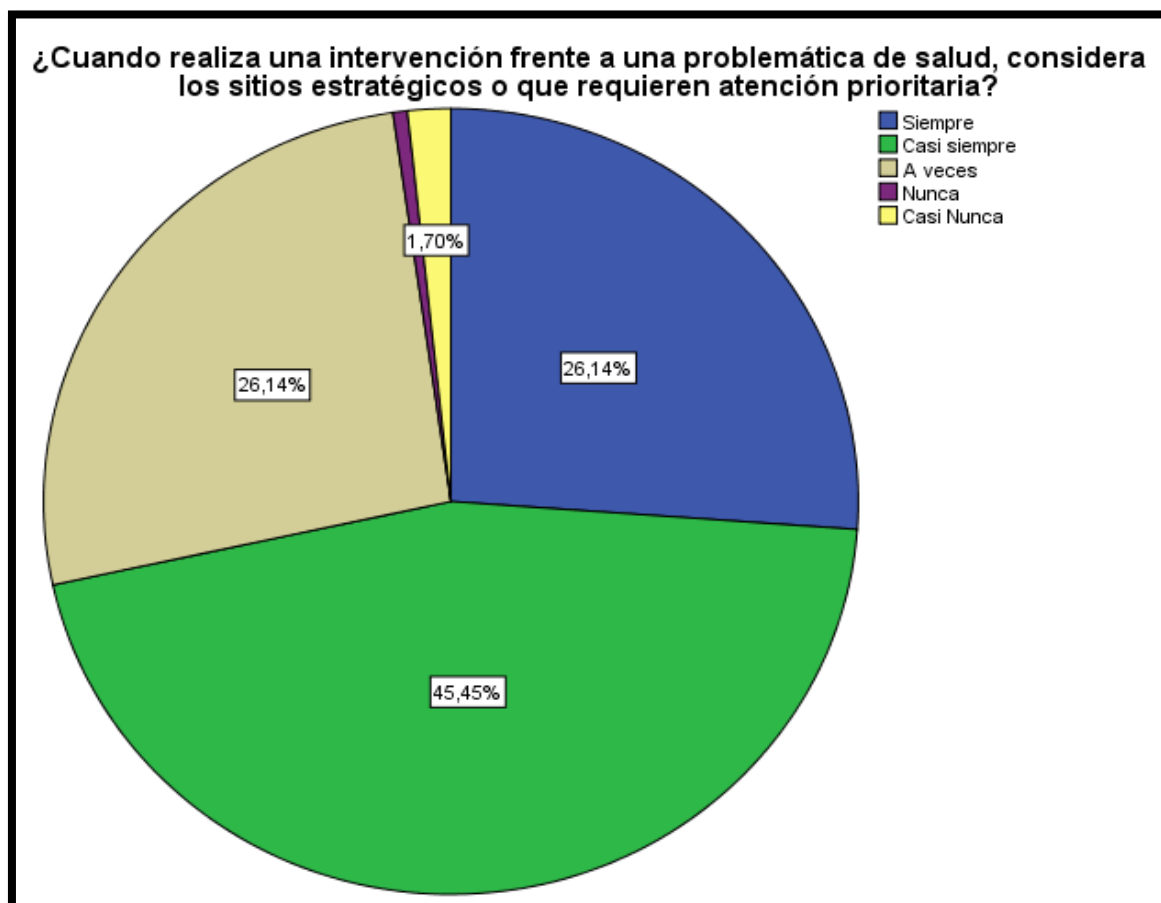
Gráfico 26. Priorización de recursos



El 80,68% enuncia que, si realiza este procedimiento a la hora de efectuar un tratamiento en los pacientes, sin embargo, un 18,75% estableció que a veces, nunca, o casi nunca toma en consideración las tres variables en mención cuando realiza un tratamiento.

Médico familiar administrador: ¿Cuándo realiza una intervención frente a una problemática de salud, considera los sitios estratégicos o que requieren atención prioritaria?

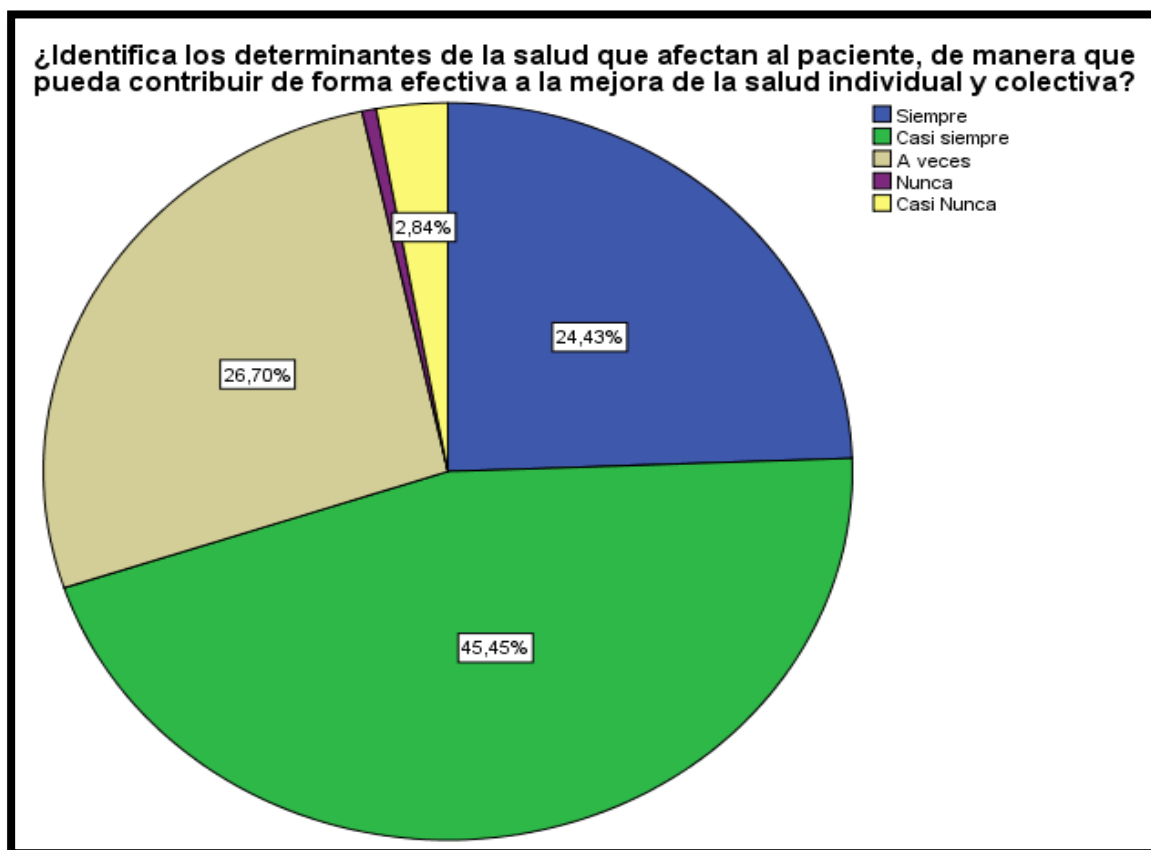
Gráfico 27. Priorización de la atención basados en la situación de salud



El 71,59% de encuestados comparte la idea de este enunciado mientras que el 27,84% no comparte la idea de responder al mismo.

Médico familiar administrador: ¿Identifica los determinantes de la salud que afectan al paciente, de manera que pueda contribuir de forma efectiva a la mejora de la salud individual y colectiva?

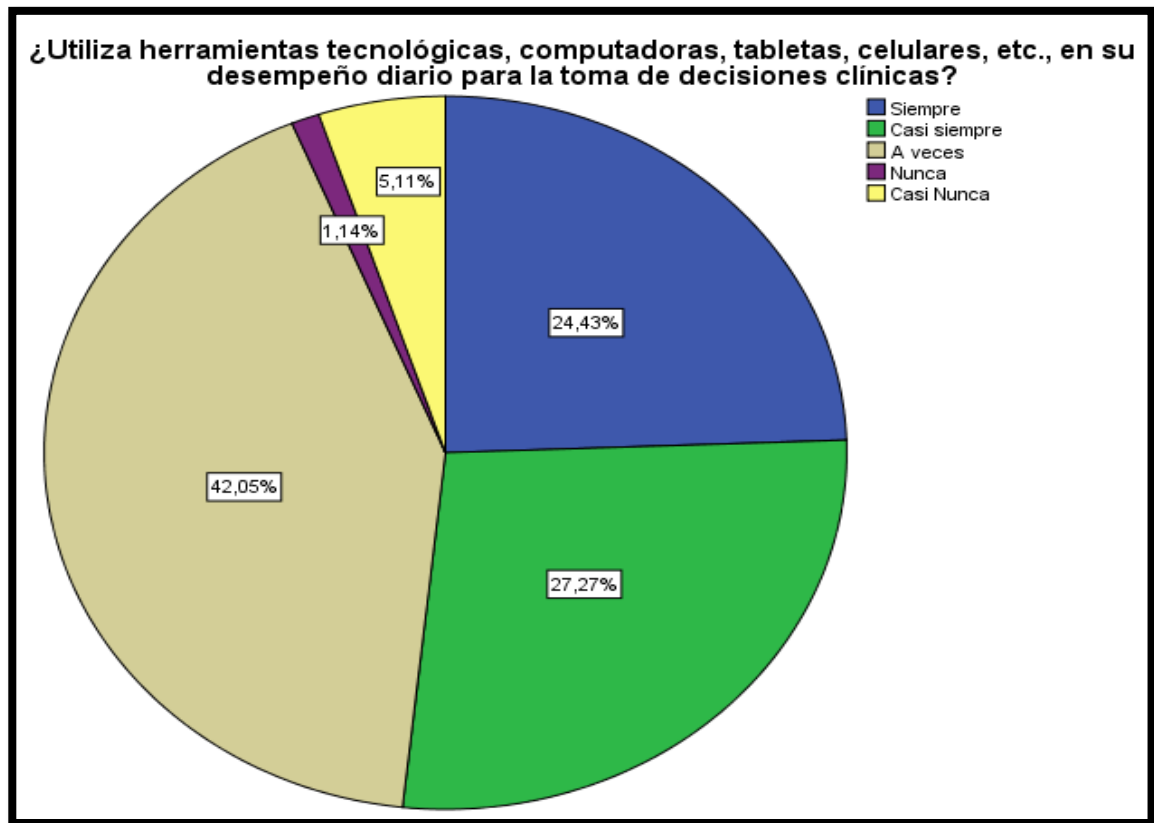
Gráfico 28.Determinantes de salud cooperación continua.



El 29,54% de postgradistas encuestados denota que esta acción no se la realiza, y el 69.88% sostiene que si las realiza.

Médico familiar administrador: ¿Utiliza herramientas tecnológicas, computadoras, tabletas, celulares, etc., en su desempeño diario para la toma de decisiones clínicas?

Gráfico 29. Uso de tecnologías para la toma de decisiones clínicas

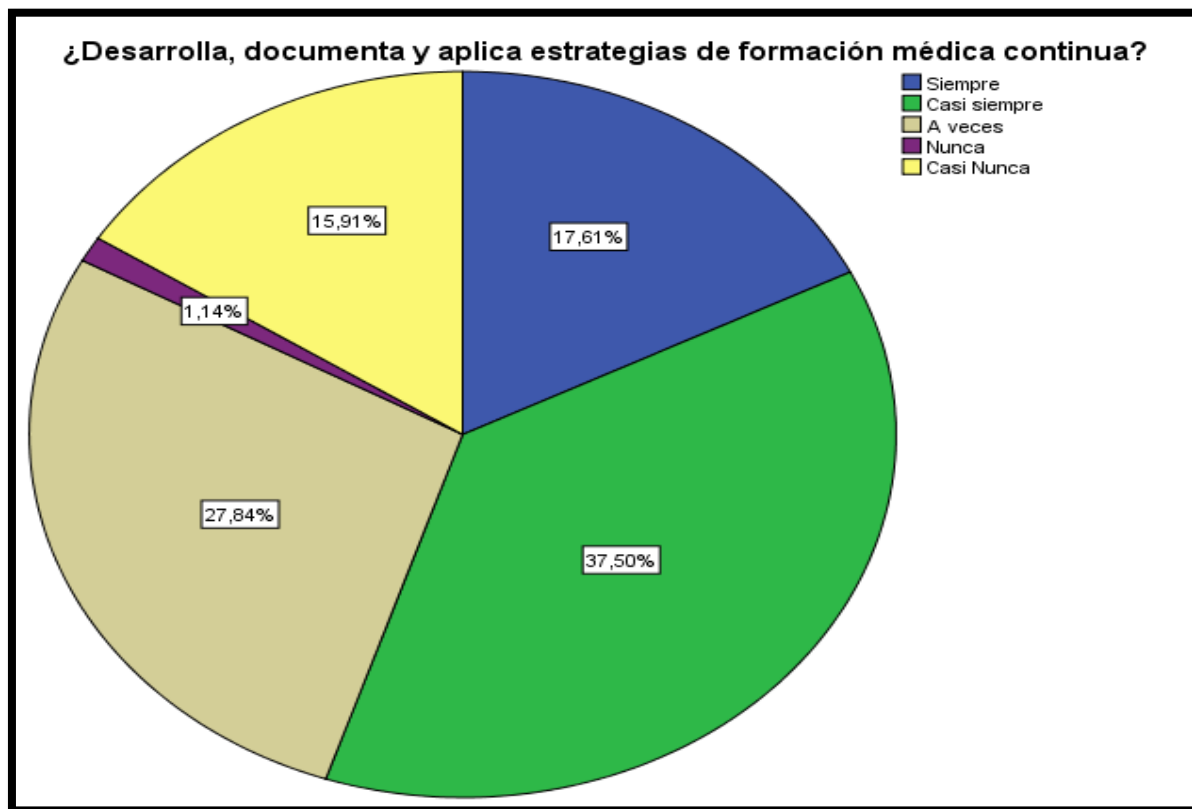


Un 51,7%, enuncia que utiliza herramientas tecnológicas para el desempeño de su profesión y el 48,3% no las utiliza.

5.2.5. MÉDICO FAMILIAR ACADÉMICO.

Médico familiar académico: ¿Desarrolla, documenta y aplica estrategias de formación médica continua?

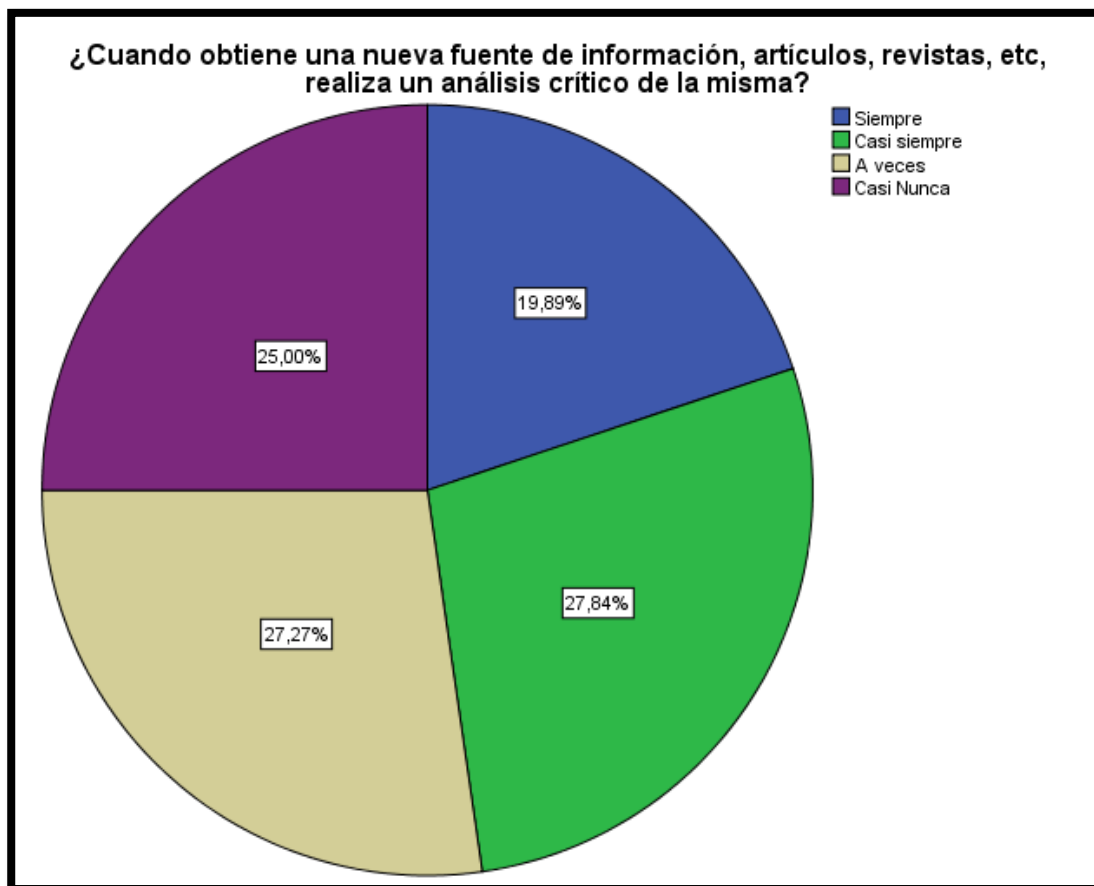
Gráfico 30. Educación continúa



El 55,11% actúa en función de mejoras en el desarrollo del servicio médico y el 44.89 % no desarrolla estas prácticas.

Médico familiar académico: ¿Cuándo obtiene una nueva fuente de información, artículos, revistas, etc., realiza un análisis crítico de la misma?

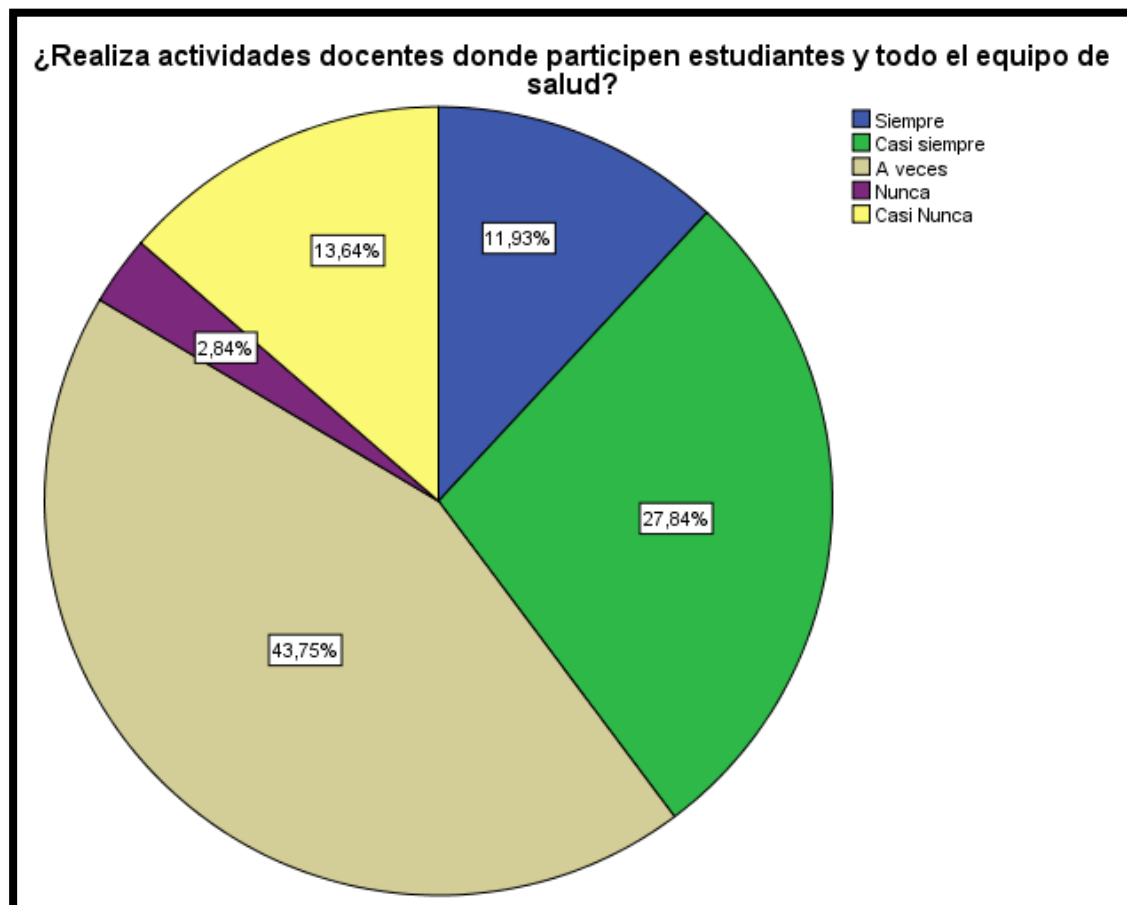
Gráfico 31. Análisis crítico de la información



El 47,73% de encuestados refiere si realizar el análisis crítico de la información, mientras que el 52,27% no lo realiza.

Médico familiar académico: ¿Realiza actividades docentes donde participen estudiantes y todo el equipo de salud?

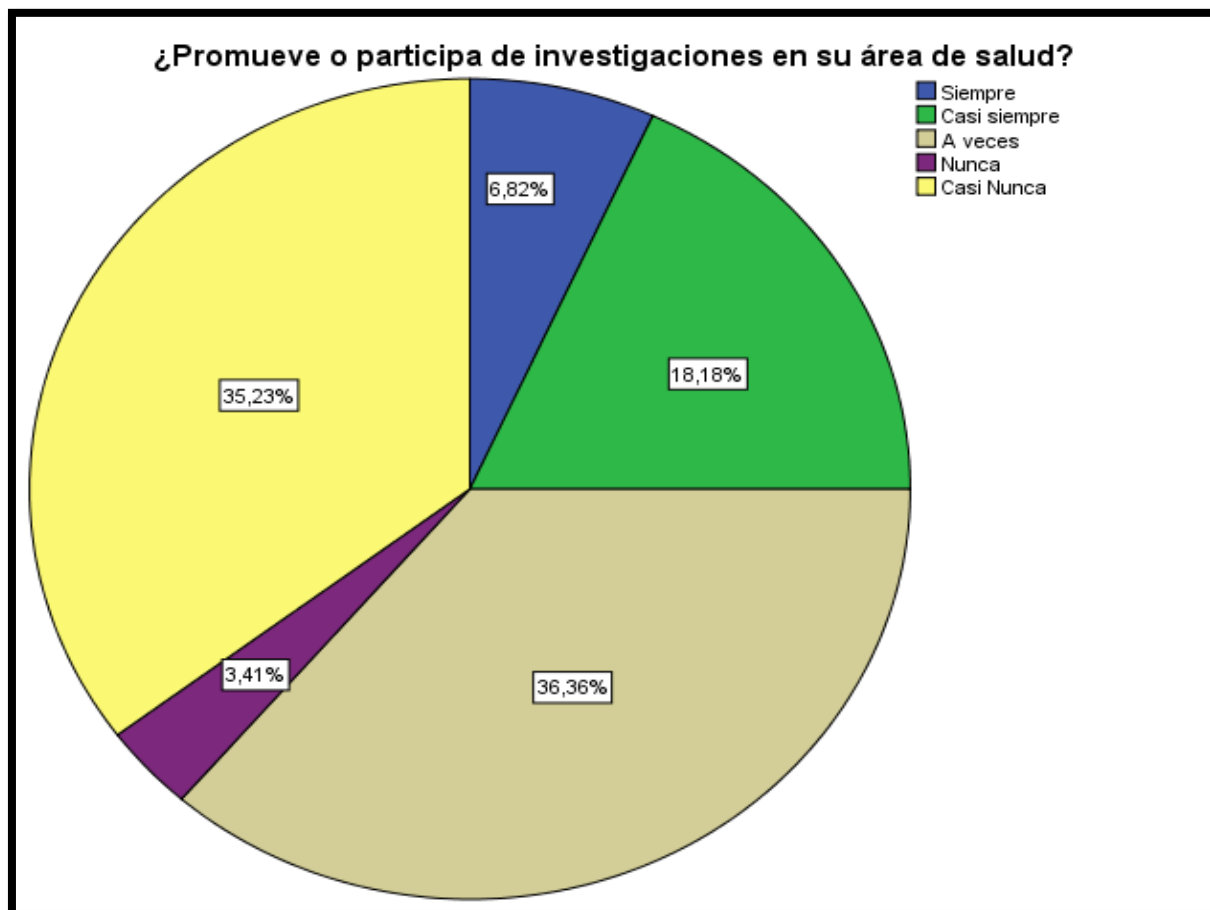
Gráfico 32.Actividades docentes



El 60, 23% no ejerce la docencia en el área de la salud, frente a un 39,77% que si lo hace.

Médico familiar académico: ¿Promueve o participa de investigaciones en su área de salud?

Gráfico 33. Investigación local

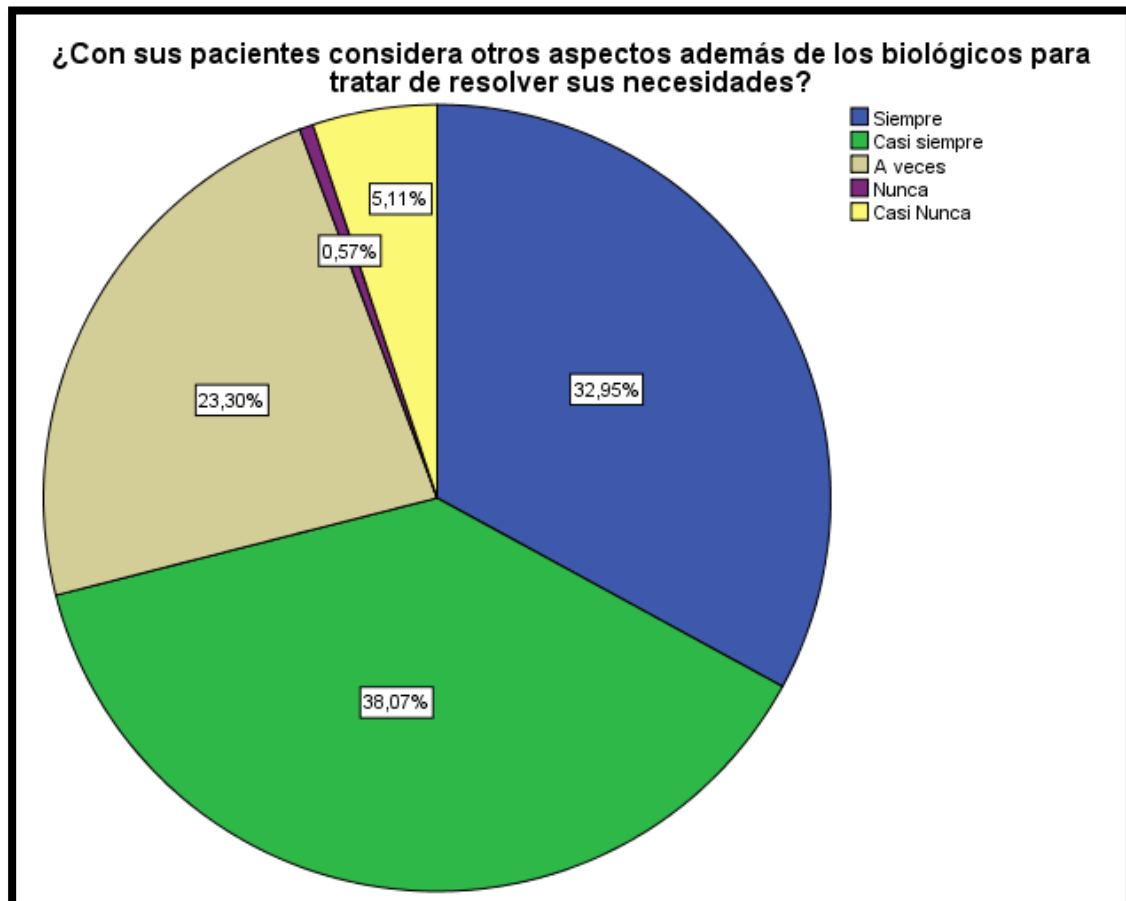


El 25% participa de investigaciones en su respectiva área médica, dejando un 75% de posgradistas que no realizan investigación.

5.2.6. MÉDICO FAMILIAR PROFESIONAL

¿Con sus pacientes considera otros aspectos además de los biológicos para tratar de resolver sus necesidades?

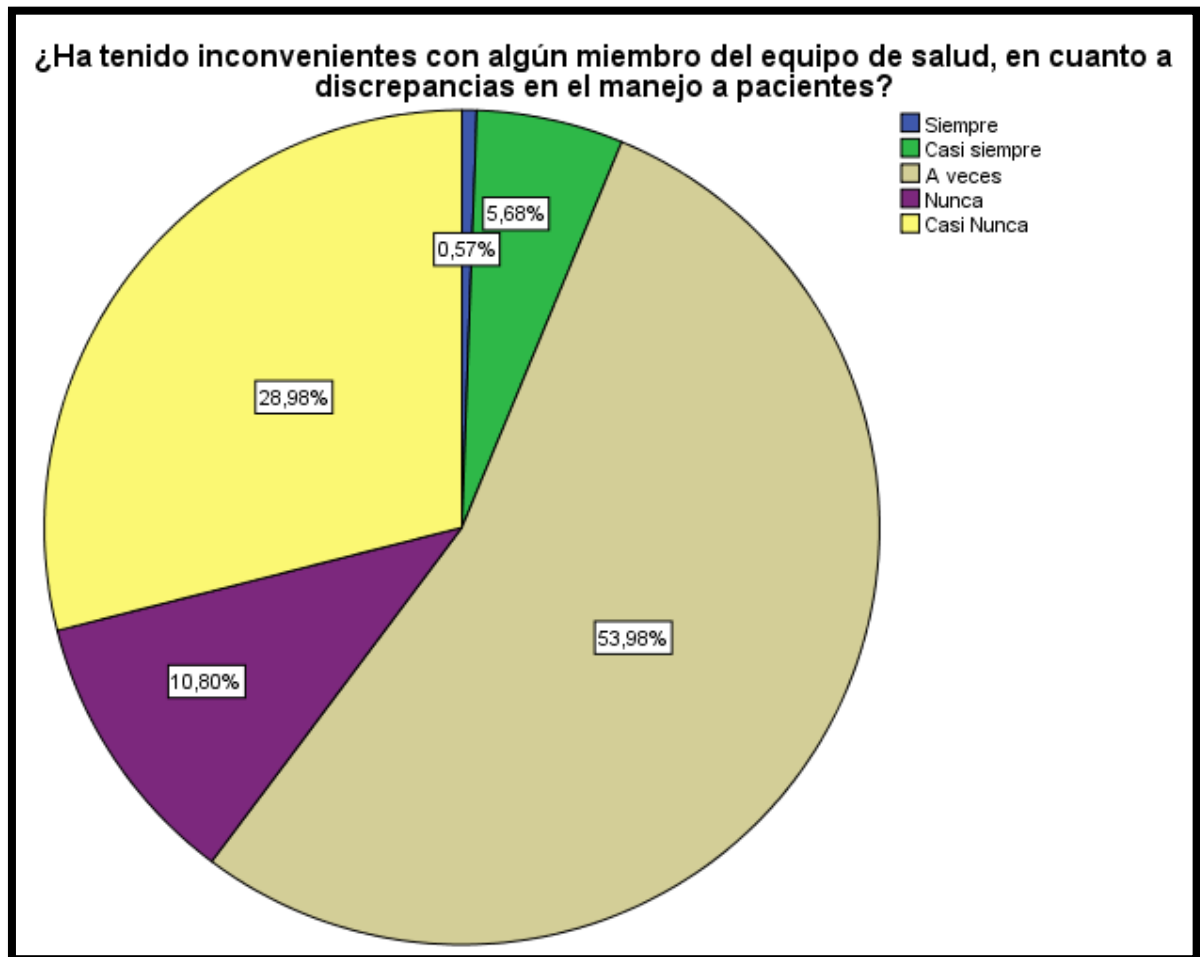
Gráfico 34.Aspectos Biopsicosociales y espirituales



El 71,02% aborda otros aspectos, mientras que un 28,98% se limita a un solo tipo de tratamiento.

Médico familiar profesional: ¿Ha tenido inconvenientes con algún miembro del equipo de salud, en cuanto a discrepancias en el manejo a pacientes?

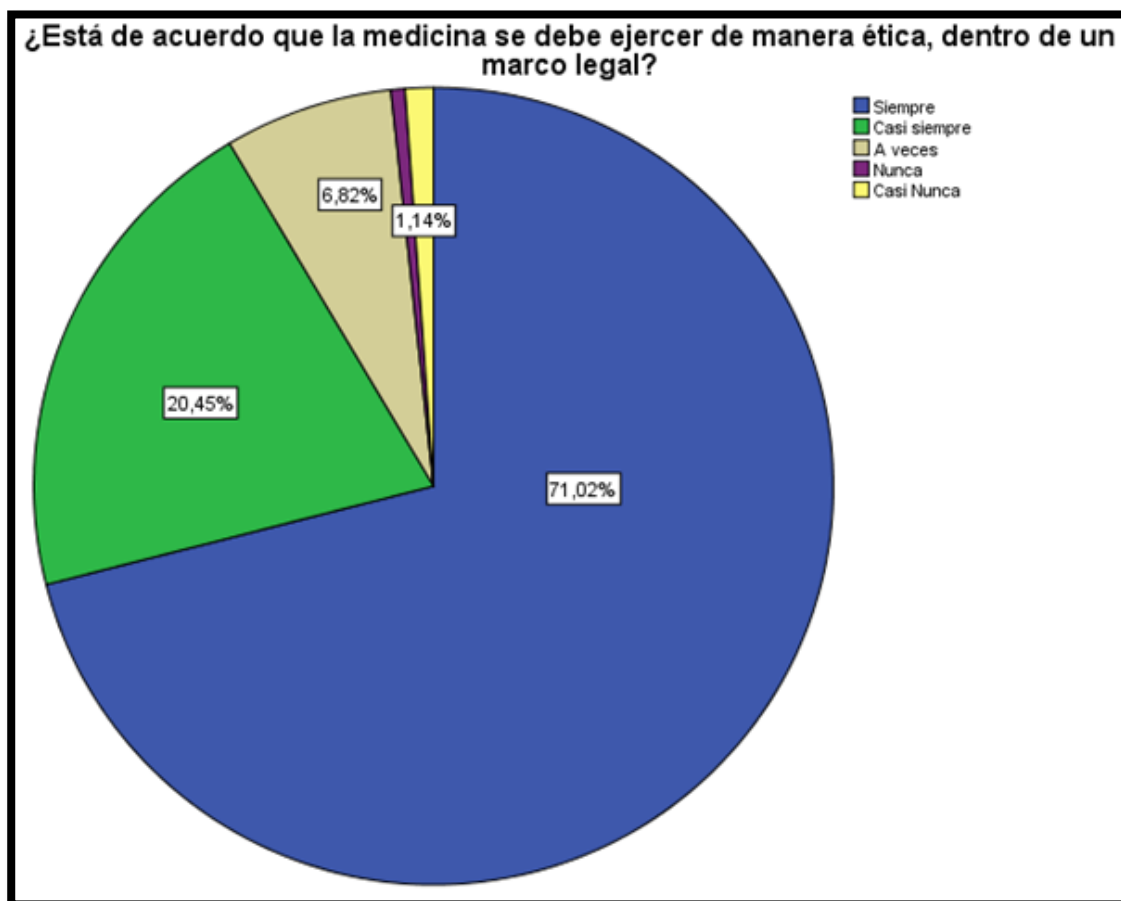
Gráfico 35. Discrepancia en manejo de pacientes



El 6,25% presenta problemas en el área de las relaciones comunicacionales, y el 93,75% no presenta esta condición.

Médico familiar profesional: ¿Está de acuerdo que la medicina se debe ejercer de manera ética, dentro de un marco legal?

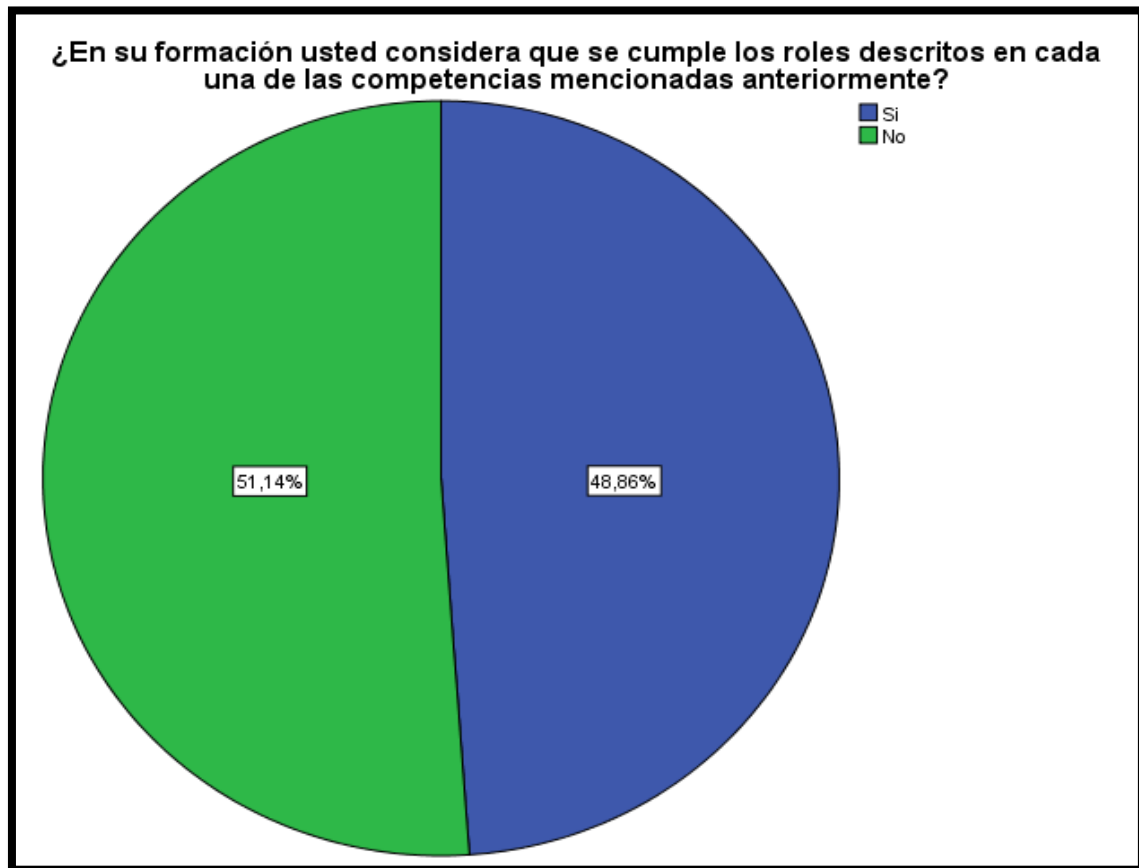
Gráfico 36. Ejercicio médico ético dentro de un marco legal



El 7,96%, no está de acuerdo con este recurso y el 92,04% si es de acuerdo con la utilización del mismo.

¿En su formación usted considera que se cumple los roles descritos en cada una de las competencias mencionadas anteriormente?

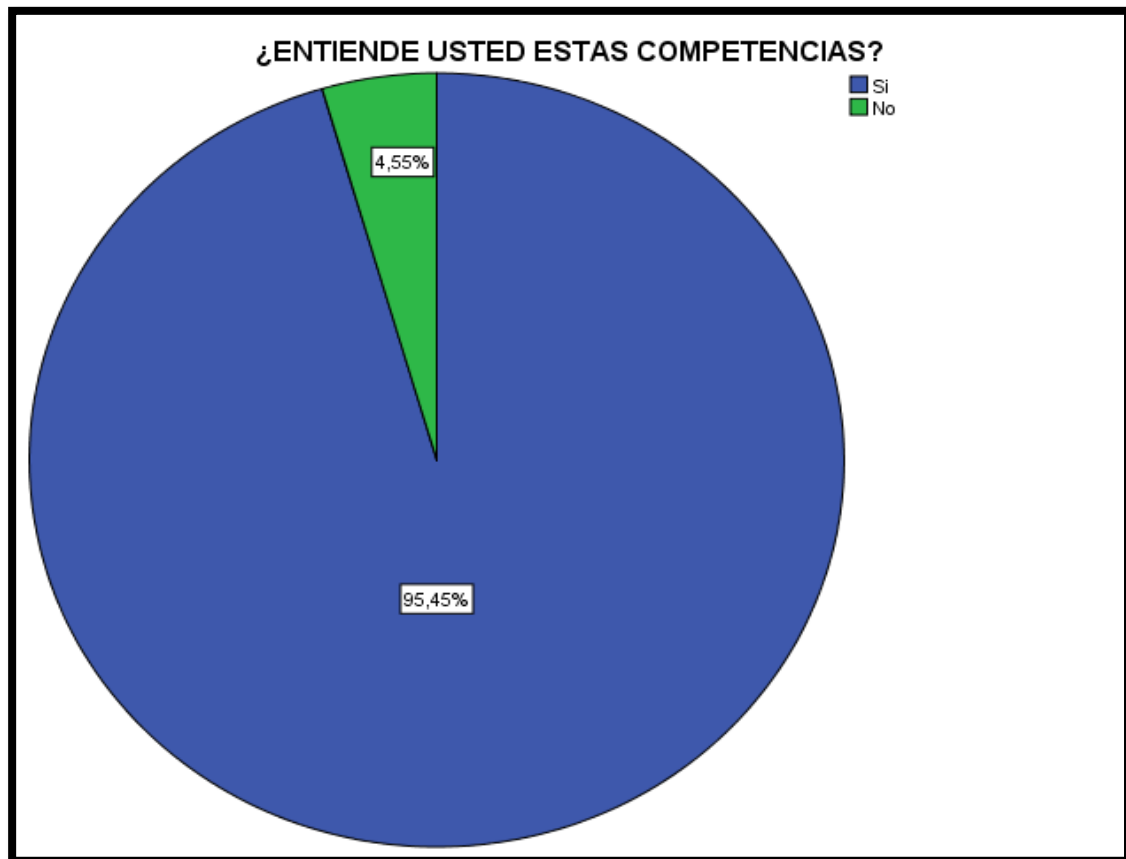
Gráfico 37. Cumplimientos de los roles de las competencias de Medicina Familiar



El dato proporcionado por medio de la encuesta realizada a los posgradistas demostró que un 51,14% cree que no se cumple con los roles descritos en cada una de las competencias, mientras que un 48,86 enuncia que si se cumplen.

¿Entiende usted estas competencias?

Gráfico 38. Comprensión de la competencia propuesta por CanMEDS-MF



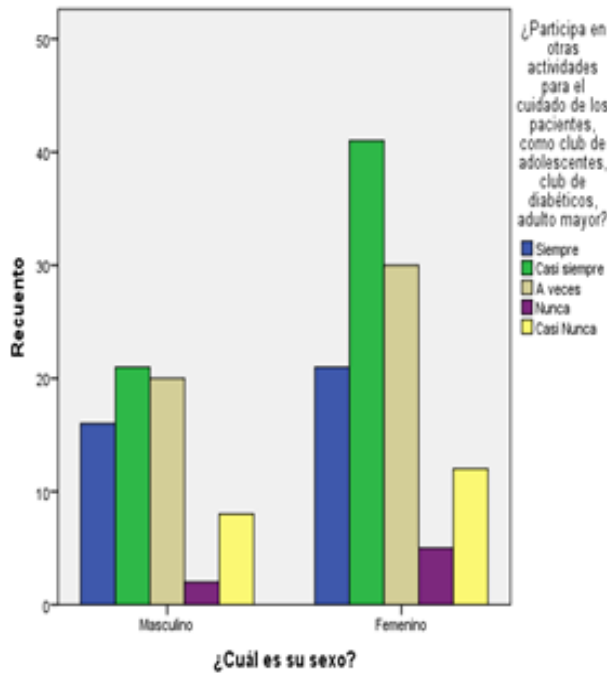
Un 95,45% de postgradistas encuestados enuncian si saber acerca de las competencias descritas en el presente trabajo de investigación, mientras que el 4,55% menciona no conocer acerca de las competencias mencionadas.

5.3. ANALISIS BIVARIAL.

Se realizó el cruce de variables según la pertinencia de los resultados anteriores y se demostró la significancia de cada una de ellos.

¿Cuál es su sexo? * ¿Participa en otras actividades para el cuidado de los pacientes, como club de adolescentes, club de diabéticos, adulto mayor?

Gráfico 39.sexo vs actividades para el cuidado de pacientes



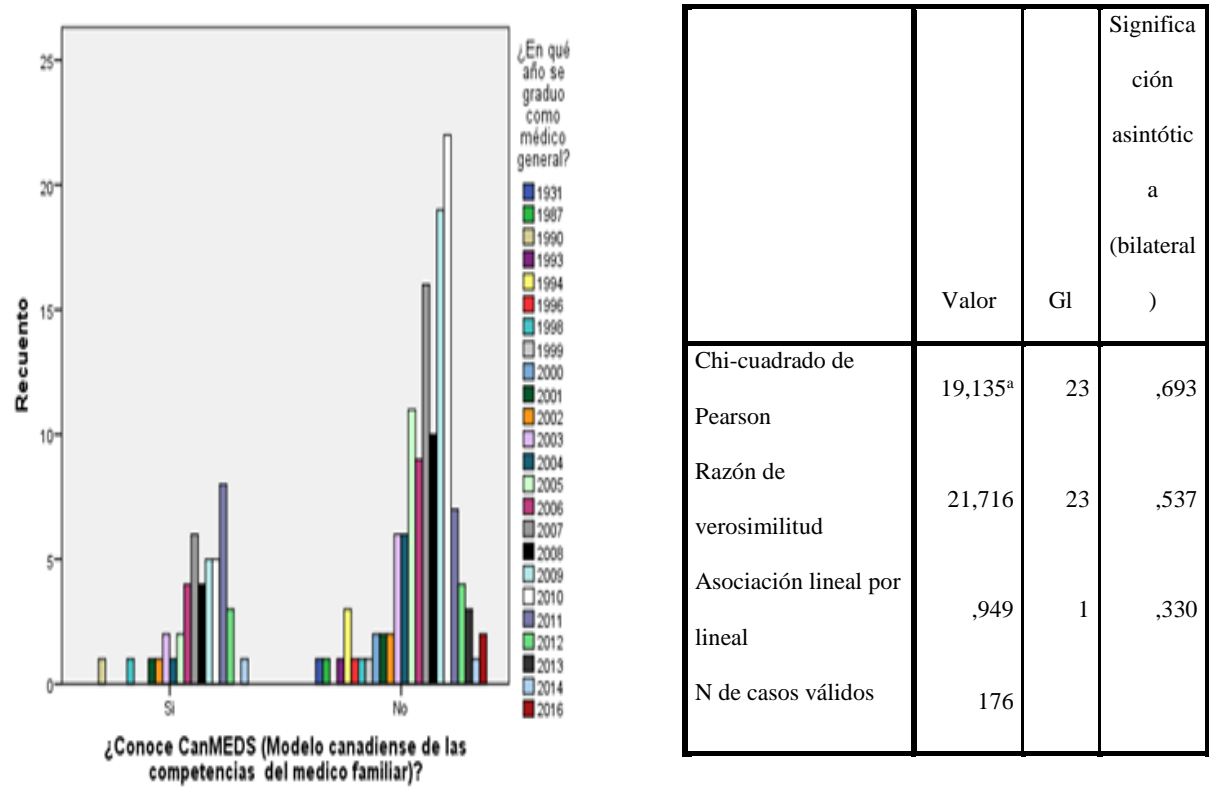
CHI2 El sexo vs actividades para el cuidado de pacientes

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,262 ^a	4	,868
Razón de verosimilitud	1,273	4	,866
Asociación lineal por lineal	,021	1	,885
N de casos válidos	176		

En la gráfica se aprecia que el sexo femenino y masculino participan en actividades para el cuidado de los pacientes sin embargo en la tabla estadística se demuestra que no hay diferencia significativa en cuanto al sexo frente a la participación en otras actividades para el cuidado de los pacientes con un Chi-cuadrado de 0,8.

¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)? *¿En qué año se graduó como médico general?

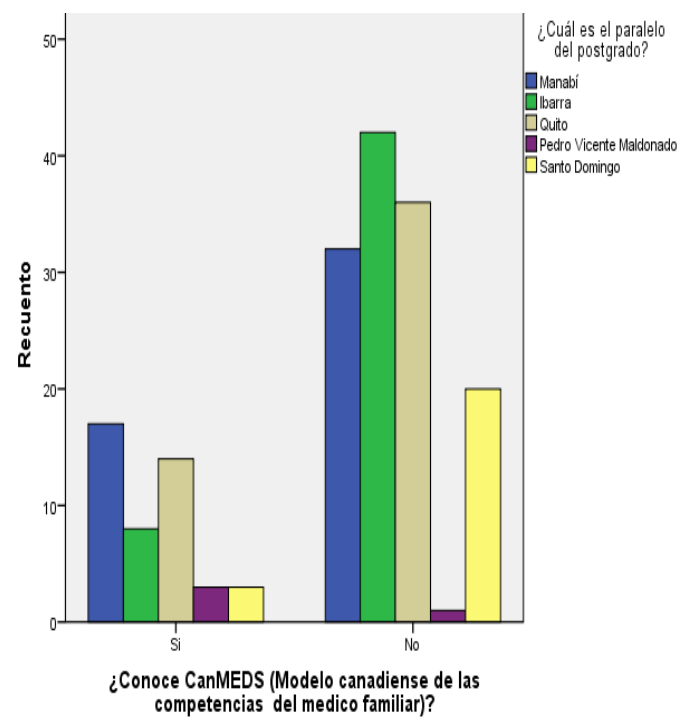
Gráfico 40.conoce CanMEDS vs año de graduación CHI2 conoce CanMEDS vs año de graduación



En la gráfica se puede apreciar que la mayoría de médicos encuestados no conoce CanMEDS y la tabla estadística demuestra que no hay diferencia significativa si comparamos el año de graduación como médico general y el conocer o desconocer CanMEDS, con una prueba de Chi cuadrado de 0,69.

¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)? *¿Cuál es el paralelo del postgrado?

Gráfico 41. Conoce CanMEDS vs paralelo del posgrado



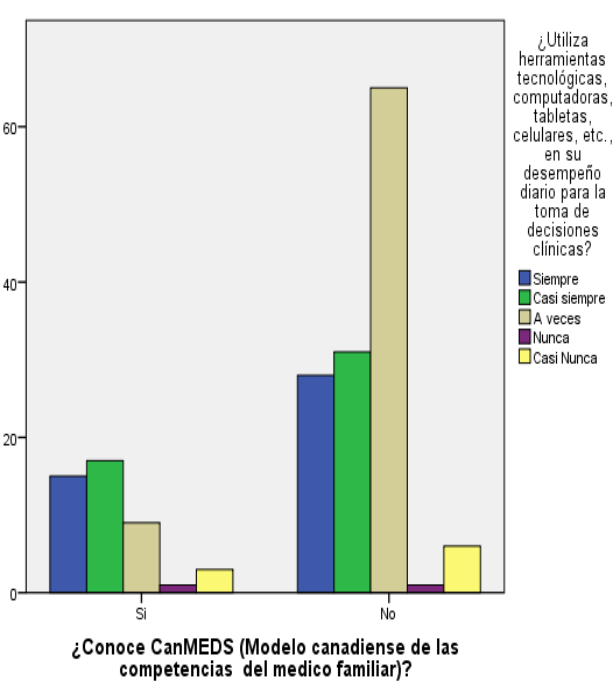
CHI2 conoce CanMEDS vs paralelo de posgrado.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,737 ^a	4	,019
Razón de verosimilitud	11,274	4	,024
Asociación lineal por lineal	1,147	1	,284
N de casos válidos	176		

En la gráfica se observa que el desconocimiento de CanMEDS predomina en todos los paralelos (Manabí, Ibarra, Quito, Pedro Vicente Maldonado, Santo Domingo) y la tabla 5 demuestra la significancia estadística de lo descrito, con un Chi cuadrado de 0,019.

¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)? *¿Utiliza herramientas tecnológicas, computadoras, tabletas, celulares, etc., en su desempeño diario para la toma de decisiones clínicas?

Gráfico 42.Conoce CanMEDS vs uso de tecnológicas

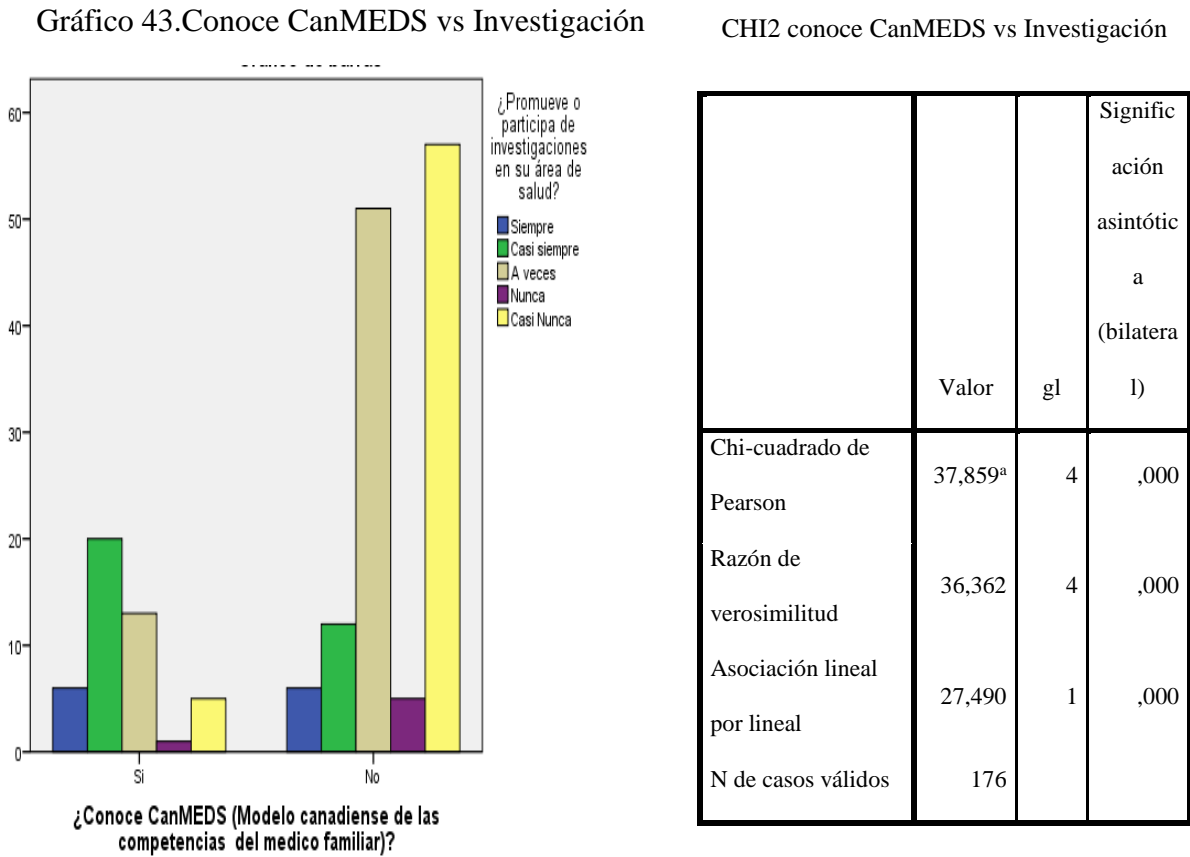


CHI 2 Conoce CanMEDS vs uso de tecnologías			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,308 ^a	4	,015
Razón de verosimilitud	13,081	4	,011
Asociación lineal por lineal	3,341	1	,068
N de casos válidos	176		

La gráfica indica que la mayor parte de encuestados no conoce CanMEDS y tampoco utiliza herramientas tecnológicas para su desempeño diario y toma de decisiones clínicas; la diferencia entre ambas es estadísticamente significativa con una prueba de Chi cuadrado 0,015. Y denota que a mayor desconocimiento de CanMEDS menor uso de herramientas tecnológicas.

¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)?

*¿Promueve o participa de investigaciones en su área de salud?



El grafico 46 permite apreciar la relación que existe entre conocer CanMEDS y participar en investigación local, denota que a mayor desconocimiento de CanMEDS menor promoción y participación en investigación. Y la tabla 7 confirma que este dato es estadísticamente significativo con un Chi cuadrado de 0.000.

¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)? *¿Cuál es el año de Postgrado?

Gráfico 444. Conocimiento de CanMEDS por año de posgrado

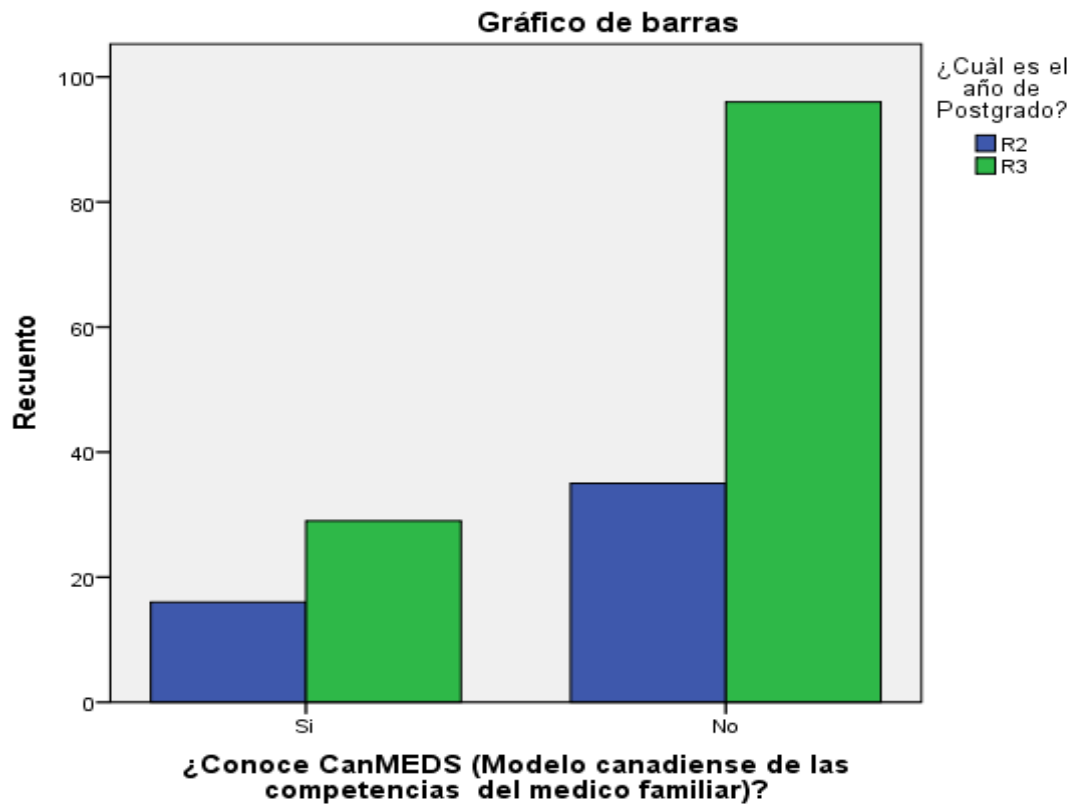


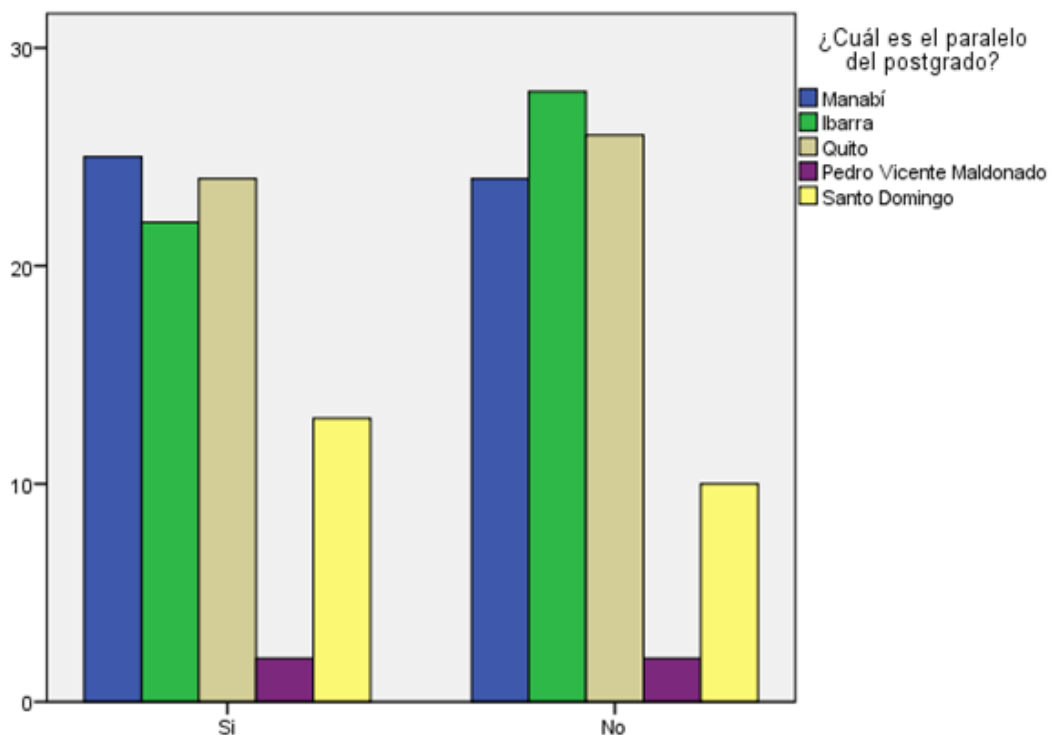
Tabla 4. Conocimiento de CanMEDS por año de graduación.

		R2	R3	Total
¿Conoce CanMEDS (Modelo canadiense de las competencias del médico familiar)?	Si	16	29	45
	No	35	96	131
Total		51	125	176

En la grafica 44 y la tabla 4 se aprecia que a mayor año de formación es mayor el desconocimiento de CanMEDS sin embargo no existe diferencia significativa al momento de realizar el analisis estadistico, esto podría deberse a que la mayor cantidad de participantes fueron médicos del tercer año.

¿En su formación usted considera que se cumple los roles descritos en cada una de las competencias mencionadas anteriormente? * ¿Cuál es el paralelo del postgrado?

Grafico 45. cumplimiento de las competencias según el paralelo de formación y la percepción de los residentes.



En la gráfica se aprecia que no hay diferencia significativa entre los paralelos de formación del posgrado y el cumplimiento o incumplimiento de los roles de las competencias.

CAPÍTULO VI.

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

6.1 DISCUSIÓN.

En la publicación del documento Percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y” y el Hospital del día “Eloy Alfaro” del Instituto Ecuatoriano de seguridad social los pacientes perciben que su médico familiar debe ajustarse a las competencias del modelo CanMEDS MF (Guevara & Moreno-Piedrahita, 2015). tal hallazgo sería paralelo a lo que se encontró en el presente estudio en donde se evidencia que muchos residentes no conocen las competencias del modelo CanMEDS y eso explicaría el por qué no las cumplen o aplican.

Según la autopercepción de los posgradistas, en los resultados de la encuesta se identifica que 49.43%, es uno de los porcentajes más bajos al momento de definir que competencia era más importante desde su perspectiva y demuestra que no se cumple con los parámetros requeridos por CanMEDS, En el análisis global de las 7 competencias se determinó que estas son muy importantes para el 64.76% de los encuestados, mientras que son poco importantes en un 35.24%, y que no tiene diferencia significativa el ser hombre o mujer para la aplicación de las mismas.

Se pudo identificar que el conocimiento de CanMEDS no tiene relación la edad ni el año de graduación como médico general, antes de ingresar al posgrado, y que el desconocimiento es predominante en todos los paralelos. Además, que como modelo internacional de competencias de Medicina Familiar ayuda a mejorar la calidad de atención y promueve la investigación de los estudiantes según su percepción, lo cual indica que hay que enfatizar en que los residentes profundicen sus conocimientos basados en competencias de modelos

internacionales y así estarían en consonancia con otros estudios que demuestran que la aplicación de las competencias descritas mejora la eficiencia, (Martrat, E 2004)

El grado de importancia que perciben los residentes de cada una de las competencias, indica que el 76,7% de encuestados hace énfasis en el profesionalismo siendo así la más importante para ellos y el 49,4% hace poco énfasis en ser promotores de salud, lo cual no ocurre en algunos países en donde todas las competencias descritas para Medicina Familiar se aplican paralelamente en cuanto a la importancia (Salud et al., 2009), y en otros países la competencia experto y comunicador es la más frecuentemente elegida como más importante y gerente y académico la menos frecuentemente elegida y la menos importante. (Ng, Burke, & Burke, 2013) En algunas zonas del Ecuador, que para el estudio hemos denominado paralelos, esta aplicación es relativa, por lo cual en distintos países se ha reflexionado sobre la necesidad que tienen los residentes de adquirir competencias renovadas e integrales que abarquen conocimientos técnicos y científicos propios de la especialidad y el sitio donde se forman. (Rey-gamero & Acosta-ramírez, 2011).

La competencia de la Comunicación se vio respaldada por un 73,30% de posgradistas que enunciaron que si se suele utilizar este recurso como medida para la mejora de la atención en salud, sin embargo se puede notar la existencia de un 26,7% de médicos que no apelan a esta estrategia, y esta debe estar en función de los requerimientos de un Médico Experto, la cual al ser la tercera competencia con un mayor índice de aprobación, se convierte en articulación de elementos y capacidades que actúan en beneficio de un servicio direccionado a la comunidad y no contrastaría con lo que se realiza en otros países. (Miguel Márquez Félix J Sansó Soberats Patricia Alonso, 2011)

El aspecto Académico como parte de las prácticas de un médico familiar es una competencia que ha sido acogida con un 68,18%, desde este rango porcentual ya se avizora las posibles falencias que se pueden presentar con respecto a la adquisición de experiencia y nuevos

conocimientos, esto se demuestra cuando analizamos de forma objetiva el desconocimiento de CanMEDS versus la participación en investigación local y se demuestra de forma significativa que a mayor desconocimiento de CanMEDS menor es la promoción y participación en investigación con cifras estadísticas de 0.000. con la prueba de Chi cuadrado.

Uno de los puntos más relevantes dentro del presente estudio investigativo es la presencia de un bajo porcentaje con respecto a la competencia de Gerencia, esto promueve que las decisiones de carácter administrativo se vean debilitadas en función de los requerimientos médicos presentados por los pacientes, como tal el 58,98% de posgradistas encuestados han respondido positivamente a la pregunta de si emplean el tema de la gerencia como parte de sus prácticas médicas, sin embargo el 41,02% no emplea esta competencia, lo cual limita el uso de estas condiciones y merman la toma de decisiones trascendentales y no tienen similitud a la de otros países.(Frank et al., 2015).

6.2. LIMITACIONES

La limitación de este estudio fue la participación de pocos residentes 176 en comparación con estudios similares de otros países. En Ecuador existen varios programas de residencia en Medicina Familiar en distintas universidades y no se realizó la encuesta a todos los programas sino únicamente a los que pertenecen a la PUCE.

El tiempo de socialización de la encuesta podría no haber sido el suficiente para responder la misma, los papeles CanMEDS se han utilizado ampliamente en Canadá, no así en Latinoamérica, específicamente en Ecuador. Por lo tanto, los residentes que a pesar de estar cursando un posgrado que podría tener como base CanMEDS no necesariamente lo conocerían.

La comprensión de las funciones o roles del médico familiar que se forma en Ecuador podrían no ser específicamente las de CanMEDS puesto que los encuestados en su mayoría

respondieron no conocerlo. Los estudios futuros podrían explorar el grado en que los residentes de medicina de familia entiendan las funciones CanMEDS-FM.

El detallar el consentimiento informado para el llenado de la encuesta vía electrónica pudo haber confundido a los participantes para tomar la decisión de llenarla, se colocó en la introducción de la misma, que los estudiantes que no deseen llenarla pueden abstenerse de hacerlo, de esta manera quedo implícito el consentimiento informado, sin embargo, aún se podría debatir si realmente una encuesta requiere de la utilización de consentimiento informado, y en este caso particular el llenado fue anónimo y no se pretendía hacer un estudio experimental.

CAPÍTULO VII.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Las competencias definidas por CanMEDS responden a una Medicina Familiar de calidad, para lo cual se requiere el cumplimiento de las mismas, de lo contrario el médico especializado, no responde a los intereses de los pacientes ni la comunidad.
- Los estudiantes de posgrado de los distintos paralelos analizados, perciben no cumplir cabalmente con las propuestas de CanMEDS, basados en el desconocimiento del mismo, así enuncian que no usan la tecnología como herramienta de apoyo para su desempeño diario y toma de decisiones clínicas, con un valor estadísticamente significativo de 0.15. de lo cual podríamos generar la siguiente pregunta ¿La universidad está cumpliendo con las perspectivas de formación del estudiante de Medicina de Familia? Misma que quedaría para estudios posteriores.
- Conocer las competencias de la Medicina Familiar de un modelo internacional es trascendental, ya que hace que los médicos sean más tecnológicos y promuevan la investigación.
- El conocimiento de CanMEDS no es exclusivo, así el presente estudio demuestra que no hay diferencia significativa entre la edad, el sexo y el tiempo transcurrido luego de haberse graduado como médico general para conocer el mismo.
- El cumplimiento de los roles que propone CanMEDS, no tiene relación directa con el sitio de formación; sin embargo, el desconocimiento si tiene relación directa con el incumpliendo de los acápites de este modelo.

- CanMEDS como modelo internacional sirve de base para la formación de médicos familiares, según la percepción de los estudiantes, al definir la importancia de las competencias propuestas.
- Los estudiantes de posgrado entienden las competencias que propone CanMEDS lo cual sugiere que se debe hacer énfasis en su conocimiento para que se traduzca en cumplimiento de las mismas y finalmente mejore aún más la eficiencia en la práctica de su profesión.
- En Ecuador faltan estudios que evalúen las competencias adquiridas durante el proceso de formación de los residentes de Medicina Familiar.

7.2. RECOMENDACIONES

- El planteamiento y actuación de los médicos familiares frente al uso de las competencias debe efectuársele en función de objetivos claros, vinculados con el servicio social y con el desarrollo de la medicina.
- Se necesita trabajar en programas de apoyo en la formación de los posgradistas que están actualmente cursando la residencia y reforzar los contenidos de las mallas curriculares de los que vendrán en las siguientes promociones.
- Lo anterior citado se debe trabajar en base a los temas débiles percibidos por los residentes desde todos los sectores que se encuentran ligados a la formación y gestión de los profesionales.
- Implementar el uso de TICS y fomentar la búsqueda de información y lectura crítica en los posgradistas, reforzará el conocimiento y la innovación, lo cual aportaría con la educación médica continua; la Medicina Basada en Evidencia

(MBE) es una herramienta disponible, probada y de beneficio en la toma de decisiones, en el que se debe enfatizar puesto que el conocimiento va cambiando a medida que la tecnología va mejorando.

- Trabajar en proyectos de investigación de manera continua, en cada etapa del posgrado fomentará la disposición de parte de los estudiantes para participar más adelante en temas de interés nacional y regional, ya que es un recurso valioso y garantiza la salud en general.
- La comunicación en relación con los distintos sistemas de gerencia que se pueden llevar a cabo dentro de las instituciones médicas son parámetros fundamentales en beneficio de la sociedad.
- La aplicación de métodos de evaluación oportunos que permitan identificar el grado de conocimiento de las competencias de CanMEDS, ayudará al desarrollo médico profesional experto, puesto que permitirá realizar cambios a tiempo en el proceso de formación en beneficio de los estudiantes y de sus pacientes.

REFERENCIAS

- ACGME. (2015). Accreditation Council for Graduate Medical Education ACGME 2014 Strategic Plan Summary. ACGME, (3). Retrieved from <http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/PublicationsPapers/Strategic Plan Summary.pdf>
- Acreditación, C. O. N. F. D. E. (2011). Modelo General para la evaluación de carreras con fines de acreditación. In CEAACES (p. 170). Retrieved from <http://www.uta.edu.ec/v2.0/pdf/externos/modelo-general-evaluacion-carreras.pdf>
- Adell, Echevarría, & Bentz. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Washington, D.C.
- Allen, Gay, & Crebolder. (2011). The European definition of General practice, 2011. Alemania
- Caballero-Rendón, J. (2006). Identificación de la Medicina Familiar como especialidad médica entre estudiantes de pregrado de La Paz, Bolivia, 8. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780101>.
- CEAACES. (n.d.). Informe definitivo de evaluación aprendizaje de la carrera de medicina Índice general.
- Competencias, B. E. N., & Tobón, S. (2006). ASPECTOS BÁSICOS DE LA FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS, 1–16.
- Chan, M. (2009). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Revista Cubana de Salud Pública, 35(4), 29–30. <http://doi.org/10.1590/S0864-34662009000400003>
- Chile, C. DE. (2013). El enfoque de la formación médica basada en competencias. In CLINICAS DE CHILE A.G. (Vol. 67).
- Dávila J. (2013). Medicina familiar. México
- Enfermedades & Dependientes. (2015) the Curriculum for Australian General Practice

Espinosa. (2015). Salud & Envejecimiento.

Evans, T. W. V. L. (2008). La atención primaria de salud más necesaria que nunca.

Frank, J. R., Snell, L. S., Sherbino, J., Sherbino, J., Medical, S. A., In, E., ... Communicator,

D. S. (2015a). The Draft CanMEDS 2015, (September 2014).

Guevara, D., & Moreno-Piedrahita, F. (2015). Percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “ La Y ” y el Hospital del día “ Eloy Alfaro ” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito en. Quito.

Henríquez, R., & Sánchez, G. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador : una tarea en proceso ., (22), 5–8.

Implementation & Mcanea. (2016). Unions will help with reform Implementation. 2016.

Wolverhampton.

Ledesma S, Omaira Flores Martínez. (2008). Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. Maracaibo

María, J., & Carretero, M. La evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE).

Miguel Márquez Félix J Sansó Soberats Patricia Alonso. (2011). Medicina general Medicina familiar. (E. Mc. T. S. Ferrán, Ed.). Habana.

Ministerio de Salud. (2015). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS,”.

Ecuador.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Perfil y Competencias Profesionales del Médico en Colombia.

Montiela. D. (2011). Educación por competencias: de estudiante a médico. México.

Morales J. (2014). El debate en torno al concepto de competencias.

NESTOR H. (2004-2007). Proyecto Tuning – América Latina.México

Ng, V. K., Burke, C. A., & Burke, C. A. (2013). Knowledge of CanMEDS – Family

- Medicine roles Survey of Canadian family medicine residents Recherche Connaissance des rôles CanMEDS-Médecine familiale Enquête auprès des résidents canadiens en médecine familiale, 59, 428–434.
- Nolla, M. (2009). La evaluación en educación médica. Principios básicos, 12(4), 223–229.
- Olesen, Dickinson, & Hjortdahl. (2000). General practice. New York
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2010). La acreditación de Programas de formación en Medicina y la orientación hacia APS (p. 80). Retrieved from <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf?ua=1>
- Pantoja, L. M. (2012). ¿Evaluación en competencias? (pp. 353–366).
- Polit, E. (n.d.). Informe definitivo de evaluación aprendizaje de la carrera de medicina Índice general.
- Process, S. P. (2015). Accreditation Council for Graduate Medical Education ACGME 2014 Strategic Plan Summary. ACGME, (3). Retrieved from
- Rey-gamero, A. C., & Acosta-ramírez, N. (2011). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura, 12(25), 28–39.
- Rosa María Borrell, C. G. (2010). La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS. In OPS. Organización Panamericana de la Salud 2010 Las.
- Salud, C. De, Montero, J., Rojas, M. P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., ... Scharager, J. (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile, 1561–1568.
- Saucier, D. (2009). CanMEDS- - Family Medicine. THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, (October). Retrieved from <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds FM Eng.pdf>

Siufi, P. B. C. E. (Julia G. M. M. M. G., & Wagenaar, R. (n.d.). Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina Informe Final – Proyecto Tuning – América Latina. (P. B. C. E. (Julia G. M. M. M. G. Siufi & R. Wagenaar, Eds.).

Retrieved from <http://tuning.unideusto.org/tuningal> www.rug.nl/let/tuningal

Shepperd: Warm ocean is eroding West Antarctic Ice Sheet. 1998. Antártica

Tobón, S. (2006). Aspectos básicos de la formación en competencias .

Toledo García, J. A., Fernández Ortega, M. A., Trejo Mejía, J. A., Grijalva, M. G., Gómez

Clavelina, F. J., & Ponce Rosas, E. R. (2002). Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de medicina familiar mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado. Atención

Primaria, 30(7), 435–441. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79068-9](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79068-9)

<http://www.uta.edu.ec/v2.0/pdf/externos/modelo-general-evaluacion-carreras.pdf>

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf?ua=1>

Comefam: <http://www.comefam.org/medico-familiar>

ANEXOS

Encuesta para médicos residentes de medicina familiar

Sexo: M F (encierre en un círculo)

Edad:años

Año de graduación de médico general :.....

Año de entrenamiento: R2 R 3

Paralelo del posgrado:

Ibarra- Pichincha-

Manabí- Santo Domingo-

Quito

La zona donde ejerce y se forma: Rural Urbana (encierre en un círculo)

Conoce CanMEDS: Si No (encierre en un círculo)

MEDICO FAMILIAR EXPERTO:

COMPETENCIAS	PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Demostrar que posee habilidades terapéuticas y de diagnóstico para gestionar eficaz y éticamente un amplio espectro de problemas de salud de los pacientes, dentro de los límites de su especialidad.	Siente que puede resolver la mayoría de los problemas que se presentan en su consulta.					
Acceder a la información y a las alternativas terapéuticas adecuadas, y aplicarlas en la práctica clínica	Considera que es capaz de discernir la información a favor de realizar una buena práctica clínica.					

Demostrar competencias médicas en situaciones distintas a las directamente relacionadas con la atención al paciente	Si se presenta situaciones distintas que no sea atender pacientes, pero que están dentro del oficio de ser médico se siente capaz para prestar su servicio					
Reconocer los límites de la propia competencia (pedir ayuda cuando sea pertinente)	Pide ayuda cuando no logra resolver un problema relacionado a su práctica diaria ya sea interconsultas, referencias, opinión de colegas entre otras.					
Coordinación con otros profesionales de la salud para la atención del paciente y sus cuidados	Cuándo amerita se reúne con los miembros del equipo de salud para coordinar la atención y cuidados de los pacientes.					
Se basa en evidencia y demuestra dominio de habilidades en procedimientos	Se siente preparado para realizar procedimientos médicos dependiendo sus habilidades adquiridas					
MEDICO FAMILIAR COMUNICADOR:						
Establecer una relación terapéutica con los pacientes	Para realizar un tratamiento diagnóstico o terapéutico ha considerado previamente las preferencias del paciente y ha llegado a un acuerdo					
Obtener y sintetizar información relevante del paciente, su familia y la comunidad.	Realizar una adecuada anamnesis a pesar del tiempo que podría ser insuficiente en una consulta					
Discutir la información oportuna con el paciente, con su familia y con otros profesionales sanitarios	Frente a una problemática se reúne con sus pacientes, familiares y otros especialistas para llegar a un consenso de cuál sería la mejor opción terapéutica					

para prestar al paciente una atención óptima						
MEDICO FAMILIAR COLABORADOR						
Consultar con otros médicos y profesionales sanitarios de forma eficaz. Esto supone la capacidad de planificar pruebas, tratamientos y una atención continuada conjuntamente con el paciente y con otros profesionales sanitarios.	Realiza reuniones periódicas con otros especialistas con el afán de discutir casos que requieren seguimiento					
Contribuir eficazmente a otras actividades del equipo multidisciplinario. Esto incluye actividades en hospitales, en consultas y en otras organizaciones tales como grupos de trabajo, de investigación, de enseñanza y de formación.	Participa en otras actividades de la atención del paciente o equipo de salud como club de adolescentes, club de diabético, adulto mayor.					
MEDICO FAMILIAR ADMINISTRADOR						
Utilizar el tiempo y los recursos con eficacia para conciliar la atención al paciente con sus necesidades retributivas, sus actividades externas y su vida personal	Cuando realiza un tratamiento, procedimiento o solicitud de exámenes considera el costo, eficacia y beneficio					
Asignar con eficacia recursos limitados.	Cuando realiza una intervención frente a una problemática de salud, considera sitios estratégicos o que					

	requieren atención prioritaria					
Utilizar con eficacia los medios tecnológicos para optimizar la atención al paciente, el autoaprendizaje continuo y otras actividades	Utiliza herramientas tecnológicas, computadora tabletas, etc., en su desempeño diario para la toma de decisiones clínicas.					
Identificar los determinantes de la salud que afectan al paciente, de manera que pueda contribuir de forma efectiva a la mejora de la salud individual y social.	Identifica los determinantes de la salud que afectan al paciente, de manera que pueda contribuir de forma efectiva a la mejora de la salud individual y social.					
MEDICO FAMILIAR ACADEMICO						
Desarrollar, aplicar y documentar una estrategia personal de formación continua.	¿Desarrolla, documenta y aplica estrategias de formación médica continua?					
Aplicar los principios de la evaluación crítica a las fuentes de información médica	Cuando esta con una nueva fuente de información realiza un análisis crítico de la misma					
Favorecer el aprendizaje de los pacientes, los estudiantes, los médicos residentes y los demás profesionales de la salud	Realiza actividades docentes donde participen estudiantes					

	y todo el equipo de salud					
Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos	Promueve o participa de investigaciones en su área de salud					
MEDICO FAMILIAR PROFESIONAL						
Desarrollar una atención de salud de la más alta calidad e integridad.	Con sus pacientes considera otros aspectos además de los biológicos para tratar de resolver sus necesidades					
Mostrar comportamientos profesionales adecuados, tanto personales como interpersonales en cuanto a toma de decisiones médicas.	Ha tenido algún inconveniente con algún miembro del equipo de salud en cuando a discrepancias en el manejo a pacientes					
Ejercer la medicina de manera ética, responsable, respetando las obligaciones médico legales y profesionales.	Está de acuerdo que la medicina se debe ejercer de manera ética, dentro de un marco legal.					
ENTIENDE USTED ESTAS COMPETENCIAS: SI NO ¿Cuál de estas competencias cree que son más importantes para ser médico familiar ordene acorde a la importancia que usted considere? Dentro de su formación usted considera que se cumplió las competencias descritas en cada uno de los roles						

ANEXO 2.



FACULTAD DE MEDICINA.
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
DR. CARLOS PADILA
DR. EDISSON ENDARA

Esta ficha de consentimiento le brindará una explicación acerca del presente estudio, a las personas que accedan a participar en él. La presente investigación es conducida por los Doctores Carlos Francisco Padilla Hernández y Edison David Endara Rodríguez del Postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), su objetivo es establecer si residente de medicina familiar formado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador cumple modelos internacionales en su proceso de formación acorde a su propia percepción.

Propósito

Analizar las competencias de los médicos del posgrado de medicina familiar usando como base un modelo internacional CanMEDS.

Tipo de intervención de investigación

Esta investigación incluirá envío de correo electrónico a los estudiantes que se encuentran cursando los diferentes años del posgrado de medicina familiar pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con la finalidad de obtener su autopercepción en cuanto a las competencias descritas en CanMEDS

Selección de Participantes

Se invitará a todos los estudiantes que se encuentran inscritos en el programa abierto y cerrado del posgrado de medicina familiar.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes sin que esto lo perjudique de ninguna manera.

Duración

La aplicación del cuestionario tendrá una duración aproximada de 40 minutos.

Riesgos

No se han identificado riesgos para el estudiante asociados con la participación en el presente estudio.

Beneficios

Identificar cuáles son las áreas de competencias en la que los residentes tienen mayor falencia en su proceso de formación.

Confidencialidad

La información que se recoja será confidencial y no se usará para propósitos fuera de los de esta investigación.

Contactos

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los autores Dr. Carlos Padilla Hernández al e-mail mdpadillahernandez@hotmail.com Tel 0982507993 y MD Edison Endara Rodríguez al e-mail endarita71@hotmail.com Tel 0983496627.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en la investigación conducida por los Doctores Carlos Francisco Padilla Hernández y Edison David Endara Rodríguez.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio, me han asegurado la confidencialidad de los datos obtenidos, su anonimato y su uso únicamente con fines académicos acordes a los propósitos del estudio.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio una vez que haya concluido.

Aceptó**No aceptó**